



PITKÄAIKAISSAIRAAN LÄÄKEHOIDON TOTEUTUMINEN

Erja Liljekvist

Opinnäytetyö
Huhtikuu 2013
Ylempi ammattikorkeakoulututkinto
Kliinisen asiantuntijan koulutusohjelma

TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu
Ylempi ammattikorkeakoulututkinto
Kliinisen asiantuntijan koulutusohjelma
Äkillisesti sairastuneiden hoito

LILJEKVIST, ERJA:

Pitkäaikaissairaalan lääkehoidon toteutuminen

Opinnäytetyö 66 sivua, joista liitteitä 12 sivua
Huhtikuu 2013

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kartoittaa, miten pitkäaikaissairautta sairastavien omatoiminen lääkehoito toteutuu. Tavoitteena on edistää pitkäaikaissairaiden potilaiden omatoimista lääkehoidon toteuttamista ja sitä kautta lisätä tiedonkulkua potilaiden ja terveydenhuollon ammattilaisten välisessä hoitosuhteessa.

Tutkimus toteutettiin kvantitatiivisena kyselytutkimuksena erään sosiaali- ja terveysviraston avoterveydenhuollossa toimivalle Potku-kehittämishankkeelle. Tehdessään hoitosuunnitelmia Potku-kehittämishankkeen potilaille, hankkeen vetäjät havaitsivat, etteivät potilaat välttämättä tienneet omaa lääkitystään. Tätä asiaa lähdettiin kartoittamaan laajemmin kevään 2012 aikana lähettämällä kaikille hankkeeseen osallistuville sairaalan kutsukirjeen mukana täytettävä lääkelista. Täytettävän lääkelistan saaneita pyydettiin ottamaan täytetty lääkelista mukaansa vastaanottokäynnille, missä kyseinen lääkelista käytiin läpi yhdessä terveydenhuollon ammattilaisen kanssa.

Kohdejoukoksi valittiin sattumanvaraisella otannalla 50 potilasta, jolla on Potku-kehittämishankkeen hoitosuunnitelma ja 50 sisätautipoliklinikan potilasta. Puolistrukturoidut kaksikieliset kyselylomakkeet lähetettiin kohdejoukolle tammikuun puolessa välissä vuonna 2013. Kyselylomakkeen sisältö oli laadittu niin, että ensin pyydettiin taustatiedot, jonka jälkeen kartoitettiin pitkäaikaissairaiden tietämystä omasta lääkityksestään. Kolmannessa osiossa kartoitettiin, miten kyselyyn vastanneet toteuttavat lääkehoitoaan, ja neljännessä osiossa keskityttiin kartoittamaan, mistä kyselyyn vastanneet olivat saaneet tietoa lääkehoidostaan. Viidennessä eli viimeisessä osiossa selvitettiin lääkelistan täyttöä ja sen käyttöä lääkehoidon tukena.

Kyselyn vastausprosentiksi muodostui 61 %. Strukturoidut kysymykset analysoitiin SPSS for Windows 20 -tilastointi-ohjelmalla. Aluksi muuttujista laskettiin suorat prosenttijakaumat. Tämän jälkeen osa muuttujista ristiintaulukoitiin, jotta tutkimusongelmiin saatiin mahdollisimman kattavaa tietoa. Strukturoituja kysymyksiä täydentävät avoimet kysymykset analysoitiin sisällön analyysiä mukaillen lajittelemalla kysymykset teemojen mukaan ja etsimällä niistä yleisimmin esiin tulevia seikkoja.

Kyselyyn vastanneet potilaat osasivat subjektiivisen kokemuksensa mukaan oman lääkehoitonsa ja he suhtautuvat positiivisesti lääkelistan käyttöön tulevaisuudessa. Haasteena on päivitetyn lääkelistan saaminen kaikille lääkkeitä säännöllisesti käyttäville terveyspalvelujen asiakkaille.

Asiasanat: pitkäaikassairas, omahoito, lääkehoito

ABSTRACT

Tampereen ammattikorkeakoulu
Tampere University of Applied Sciences
Master's Degree Programme in Clinical Expertise
Treatment of Acute Diseases

LILJEKVIST, ERJA:

How the Patients with Chronic Diseases Control their Medication

Master's thesis 66 pages, appendices 12 pages
April 2013

The purpose of this thesis was to find out how the patients with chronically diseases control their medication. The aim of this study was to contribute to chronically ill patients in their self-medication and so promote the transfer of knowledge between patients and health care.

This study was commissioned by Potku-development project and conducted as a quantitative questionnaire study in one Health and Social Office. The study was selected by random sampling to 100 patients in January 2013. The rate of response was 61 %. The survey was bilingual and it was analyzed by SPSS for Windows statistical software. The research material was at first calculated by percentage distribution and then cross tabulated to get more comprehensive information. The structured questions were complemented with open questions and they were analyzed with inventory analysis.

The respondents' subjective experience was that they know how to take care of their own medication. The majority of the respondents would use a medication list in the future, but the challenge is to get an updated medicine list to all who use medication and health care services. In future it should be attracted to search what purpose the eRecept has on patients' knowledge of their medication.

Key words: chronic disease, self-management, medication

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	5
2	TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TUTKIMUSONGELMAT JA TAVOITTEET	8
3	PITKÄAIKAISSAIRAAN OMATOIMINEN LÄÄKEHOIDON TOTEUTTAMINEN	9
	3.1 Lääkehoidon toteuttaminen	9
	3.2 Pitkäaikaissairas ja läkehoidon omahoito	11
	3.3 Kirjallisuuskatsaus läkehoidosta.....	15
4	OPINNÄYTETYÖN METODOLOGIA JA EMPIIRINEN TOTEUTUS	21
	4.1 Tutkimusmenetelmä	21
	4.2 Kyselytutkimus aineiston keruumenetelmänä.....	22
	4.3 Analyysimenetelmä	22
	4.4 Kohderyhmän valinnan tausta	24
	4.5 Tutkimuksen toteutus	25
5	TUTKIMUSTULOKSET	29
	5.1 Taustatiedot	29
	5.2 Lääkehoidon hallinta	32
	5.3 Lääkehoidon toteutuminen	34
	5.4 Tiedonsaanti läkehoidosta	35
	5.5 Kysymyksiä täytettävästä lääkelistasta.....	37
	5.6 Vastaajien kokemuksia läkehoidosta.....	40
6	POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET	44
	6.1 Eettisyyden ja luotettavuuden arviointi	44
	6.2 Lääkehoidon toteutumisen arviointi	46
	6.3 Johtopäätökset ja jatkotutkimushaasteet	49
	LÄHTEET	51
	LIITTEET	55
	Liite 1. Täytettävä lääkelista	55
	Liite 2. Alkuperäinen Wagnerin kaavio pitkäaikaissairauksien hoidon rakenteesta	56
	Liite 3. Kirjallisuushaun taulukko	57
	Liite 4. Kirjallisuuskatsauksen artikkelitaulukko 1/3	58
	Liite 5. Kirjallisuuskatsauksen artikkelitaulukko	61
	Liite 6. Saatekirje ja kyselylomake 1/5	62

1 JOHDANTO

Pitkäaikaissairauksien hoidon painopiste on muuttumassa yhä enemmän potilaslähtöiseksi omahoidon tukemiseksi. On havaittu, että yksisuuntainen tiedon siirto ja hoitopäätöksen tekeminen potilaan puolesta eivät aina johda toivottuun tulokseen. Väestön aktiivisuus oman terveyden parantamiseksi on lisääntynyt maailmanlaajuisesti. Tätä pidetään voimavarana terveydenhuollon kehittämisessä. Omahaito on toimintatapana potilaslähtöinen: potilas suunnittelee terveydenhuollon ammattihenkilön tuella pitkäaikaissairauteensa hoidon, jota hän alkaa toteuttaa ja josta hän ottaa vastuun. Pitkäaikaissairautta sairastavan omahoidon tukemisen tavoitteena on pitkäaikaissairauksien tehokas hoitaminen, riskitekijöiden vähentäminen ja terveydenhuollon niukkenevien voimavarojen tarkoituksenmukainen käyttö. Ammattihenkilöt joutuvat arvioimaan uudelleen omat asenteensa ja toimintatapansa, kun he päättävät tukea potilaiden omaa aktiivisuutta, päätöksentekoa ja vastuuta hoidostaan. (Routasalo, Airaksinen, Mäntyranta, & Pitkälä, 2010, 1917.) Omahoidossa terveydenhuollon ammattilainen ja potilas tekevät hoitosuunnitelman yhdessä ja potilas kantaa vastuuta hoidon toteutumisesta itselleen sopivalla tavalla (Risikko, 2010).

Omahoidon yksi osa-alue on pitkäaikaissairautta sairastavan lääkehoidon omatoiminen toteuttaminen. Kirsi, Lumme-Sandin (2002) väitöskirjassa tuli esille, että pitkäaikaissairautta sairastavat arvioivat hallitsevansa lääkehoitonsa, vaikka todellisuudessa lääkehoito ei toteudu lääkärin toivomalla tavalla. Tämä johtuu osittain potilaiden asenteesta, osittain lääkäreiden antamien ohjeiden puutteellisuudesta. Sung ym. (2009) ovat todenneet tutkimuksessaan, että lääkehoitoa toteuttavat paremmin ne potilaat, joilla on päivitetty lääkelista, kuin ne potilaat, joilla ei ole käytössä minkäänlaista lääkelistaa. Kaisu, Pitkälän & Niina, Savikkon (2007) kirjoittamassa artikkelissa (potilaan sitoutuminen hoitoon) käytettyjen tutkimusten mukaan vain puolet potilaista käyttää lääkkeitään annettujen ohjeiden mukaisesti. Lääkekuurit jäävät vaillinaisiksi, annokset otetaan epäsäännöllisesti ja erityisesti pitkäaikaisten sairauksien hoitoon ja ehkäisyyn tarkoitetut lääkehoidot jäävät usein kesken. Lääkkeitä voidaan ottaa liikaa, niitä hankitaan internetistä tai jopa lainataan läheisiltä. Pitkäaikaissairauden oireiden pahentuessa vanhoja lääkkeitä otetaan myös omatoimisesti uusiokäyttöön eikä hakeuduta lääkäriin. (Pitkälä & Savikko, 2007, 501.)

Kun potilas kotiutuu siraalasta hän saa potilasjärjestelmästä ajan tasalla olevat lääkitystiedot. Tämän jälkeen potilaan vastuulle jää lääkitystietojen päivittäminen aina terveydenhuollon palveluja käyttäessään. Nykyiset potilastietojärjestelmät eivät päivitty automaattisesti, vaan niistä näkyy vain se lääkitys, mikä potilaalla oli ollessaan sairaalassa. Jos potilas ei asioidessaan terveydenhuollossa osaa kertoa sen hetkistä lääkitystään, siitä alkaa valtava salapoliisityö lääkityksen selvittämiseksi. Sen vuoksi lääketietokeskus on yhteistyössä Vaasan sairaanhoitopiirin kanssa kehittänyt potilaille lääkekortin, jonne potilas voi kirjata lääkitys- ja rokotustietonsa. Lääkekortti löytyy laakekortti.fi-nettisivulta, mistä sen voi itselleen tulostaa. (Sariola, 2010, 1141.)

Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma (kaste) paneutuu asiantuntijoiden ja kansalaisten esille nostamiin uudistustarpeisiin. Sen tavoitteena on ongelmien hoidon sijaan panostaa fyysisen, henkisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin edistämiseen juurruttamalla uusia hyviä käytäntöjä. Kaste-ohjelman yhtenä keskeisenä periaatteena on yksilön kuuleminen ja vaikutusmahdollisuuksien lisääminen itseä koskevassa päätöksenteossa. (STM 2012, 4, 13, 19.) Lääkehoitoa tulisi kehittää asiakkaan tarpeita vastaavaksi, kannustaen lääkkeitten käyttäjiä ottamaan vastuuta omasta lääkehoidostaan. Lääkehoidon onnistumiseen voidaan vaikuttaa moniammatillisia ja organisaatioiden välisiä asiakaskeskeisiä ja saumattomia yhteistyömalleja kehittämällä. (STM, 2012 15–16.) Lääkehoidon tavoitteiden saavuttamista voidaan edistää potilaskohtaisen lääkehoitosuunnitelman, lääkekortin ja lääkehoidon kokonaisarvioinnin avulla. Etenkin pitkäaikaissairauksien oireiden hoidossa tulisi korostaa potilaan omaa roolia. Luotettavan ja näyttöön perustuvan lääkeinformaation tulisi olla kaikkien lääkkeitten käyttäjien saatavilla. Erityisesti pitkäaikaissairaat lääkkeitä säännöllisesti käyttävät tarvitsevat asianmukaista ohjausta lääkkeitensä käytöstä. (STM, 2012, 23–24.)

Tässä tutkimuksessa mukana oleva terveydenhuollon yksikkö on saanut mahdollisuuden osallistua Väli-Suomen Kaste-ohjelmaan kuuluvaan Potilas kuljettajan paikalle -kehittämishankkeeseen (Potku), jonka tavoitteena on pitkäaikaissairaiden potilaiden hoidon kehittäminen terveyskeskuksessa terveyshyöty-mallin mukaisesti ja etenkin potilaan omahoidon kehittäminen. Terveyshyötymallissa yhtenä painopistealueena on omahoito ja omahoidon tukeminen. (Potku-hanke 2012.) Tarve tämän tutkimuksen tekemiseen on noussut Potku-kehittämishankkeen pohjalta, koska hankkeen vetäjät

olivat havainneet puutteita pitkäaikaissairaiden potilaiden lääkelistoissa ja lääkehoidon toteutumisessa. Tutkimus rajattiin koskemaan Potku-kehittämishankkeen ja sisätautipoliklinikan potilaita, joille oli kevään 2012 aikana lähetetty täytettävä lääkelista. Tutkimus toteutettiin kvantitatiivisena kyselytutkimuksena ja analysoitiin pääosin SPSS for Windows 20 -tilastointi-ohjelmalla.

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on kartoittaa pitkäaikaissairaiden tietämystä omasta lääkehoidostaan ja sitä, miten he toteuttavat lääkehoitoaan omatoimisesti. Tutkimuksen tarkoituksena ei ole saada aikaan yleistettävää tietoa lääkehoidon toteutumisesta, vaan kartoittaa kohdejoukon subjektiivinen kokemus oman lääkehoitonsa toteuttamisesta.

Tämän tutkimuksen tietoa pitkäaikaissairaiden lääkehoidon toteutumisesta hyödynnetään lääkehoidon tiedonkulun edistämisessä potilaiden ja terveydenhuollon ammattilaisten välisessä hoitosuhteessa. Kun pitkäaikaissairaiden tietämys omasta lääkehoidostaan lisääntyy se edistää lääkehoidon omahoidon toteutumista.

2 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TUTKIMUSONGELMAT JA TAVOITTEET

Opinnäytetyöni tarkoituksena on kartoittaa, miten pitkäaikaissairaiden potilaiden omatoiminen lääkehoito toteutuu.

Tutkimusongelmat:

1. Mitä potilaat tietävät omasta lääkehoidostaan?
2. Miten potilaat toteuttavat lääkehoitoaan omatoimisesti?

Opinnäytetyöni tavoitteena on edistää pitkäaikaissairaiden potilaiden omatoimista lääkehoidon toteuttamista ja sitä kautta lisätä tiedonkulkua potilaiden ja terveydenhuollon ammattilaisten välisessä hoitosuhteessa.

3 PITKÄAIKAISSAIRAAN OMATOIMINEN LÄÄKEHOIDON TOTEUTTAMINEN

3.1 Lääkehoidon toteuttaminen

Lääkehoito on potilaan hoidon osa-alue, jota säätelevät monet lait ja niitä tarkentavat viranomaisten antamat määräykset ja ohjeet. Säädöksen suuri määrä johtunee siitä, että lääkehoitoa pidetään yhtenä riskialtteimmista hoitotoiminnoista. (Veräjänkorva 2003, 17.) Lääkelaki (395/1987) ja lääkeasetus (693/1987) ovat keskeinen osa lääkehoitoa määrittelevää lainsäädäntöä. Lääkelain tarkoituksena on muun muassa varmistaa lääkehoidon turvallisuus ja tarkoituksenmukaisuus. Lääkeasetuksessa annetut tarkemmat määräykset puolestaan täydentävät lääkelakia.

Pitkäaikaissairaalan lääkehoidon omatoiminen toteutuminen edellyttää lääkkeen käyttäjältä ymmärrystä lääkehoidon tarkoituksesta. Lääkehoidon tulee aina olla tavoitteellista toimintaa, jolla pyritään ihmisen terveyden edistämiseen ja sairauden hoitoon. (Lääkelaki 395/1987; Veräjänkorva, Huupponen, Huupponen, Kaukkila, & Torniainen, 2006, 16–17.) Lääkehoidolla on keskeinen rooli potilaan hoidossa ja se perustuu potilaan ja terveydenhuollon henkilöstön yhteistyöhön (Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö 2005, 11).

Lääkehoidon tukemisessa terveydenhuollon ammattihenkilön tehtävä on toimia potilaan opastajana. Lähtökohtana on tasavertainen vuorovaikutus ammattihenkilön ja pitkäaikaissairaalan hoitosuhteessa. Terveydenhuollon ammattilaisen tulee kuunnella potilaan toiveita ja sovitella yhdessä potilaan kanssa, hänen arkielämäänsä sopivan kokonaisvaltaisen hoidon tavoitteet. Näin potilas kokee hoidon omakseen ja, että hoidosta on hyötyä hänelle itselleen. Lääkehoidon omahoito-opastuksessa tulee kunnioittaa potilaan itsemääräämisoikeutta sekä motivoida hänen voimaantumistaan ja pystyvyyden tunnettaan. (Routasalo ym. 2010, 1917.) Lääkehoito suunnitellaan mahdollisimman hyvin potilaan yksilölliset tarpeet huomioiden. Näin toimittaessa potilas kokee, että lääkehoitopäätös on yhteinen juuri hänelle yksilöllisesti räätälöity. Tällaisella potilaslähtöisellä suunnittelulla luodaan perusta sille, että potilas ymmärtää

lääkehoidon vaikutuksen sairauteensa ja ottaa lääkkeensä suunnitellulla tavalla. Näin varmistetaan myös se, että lääkehoidolla saavutetaan mahdollisimman suuri hyöty. (Routasalo & Pitkälä, 2009, 21.) Lääkärin tulisi kyetä tunnistamaan ja ymmärtämään potilaan näkökulma sekä selventämään lääkehoidon tarve siten, että potilas ymmärtää, mitä lääkkeen ottamatta jättämisestä seuraa. Lääkärin yksittäiset sanavalinnatkin voivat olla potilaalle merkityksellisiä. Motivoiva haastattelu näyttäisi vaikuttavan positiivisesti myös lääkehoitoon sitoutumiseen, sillä nykyään potilaat eivät ole riippuvaisia lääkäriltä saatavista neuvoista ja tiedoista. Tietoa lääkkeistä haetaan yhä enemmän esimerkiksi pakkauselosteista ja internetistä. Nämä lähteet sisältävät runsaasti varoituksia ja tietoa haitoista, ja pitkät haittavaikutuslistat saattavat aiheuttaa potilaille turhia huolia. (Enlund, Kastarinen & Hämeen-Anttila, 2013, 662–663.)

Lääkehoidon toteutumista voi heikentää esimerkiksi tietämättömyys lääkkeen tarkoituksesta ja haittavaikutuksista, sairauden vakavuus ja potilaan alentunut toimintakyky tai muistamattomuus. Epäselvä tai puuttuva lääkelista on yhteydessä lääkehoidon omatoimiseen toteutumiseen. Iällä, sukupuolella, sosioekonomisella asemalla tai esimerkiksi koulutuksella on vain heikko yhteys tai ei lainkaan yhteyttä lääkehoidon toteutumiseen. (Savikko & Pitkälä 2006 4-7.) Lumme-Sandtin (2002) väitöskirjan mukaan hyvällä moniammatillisella yhteistyöllä voidaan luoda vanhuksille hyvä ja turvallinen lääkehoidon ohjaus myös kotioloissa. Sillä hyvä kontrolli omien lääkkeitten käytön suhteen koetaan yhdeksi tärkeäksi elämänhallinnan osatekijäksi. Ikäihmisten mielestä hyvä lääkkeitten käyttäjä on tarkka ja terveen epäluuloinen lääkkeitä kohtaan. (Lumme-Sandt 2002, 63.)

Lääkkeen käyttäjän tulee tietää lääkkeitensä nimet, vahvuudet, annostuksen ja käyttötarkoituksen. Lääkelista auttaa etenkin useita lääkkeitä käyttäviä potilaita muistamaan lääkitykseensä liittyvät yksityiskohdat. Lääkelista voi olla itse tehty tai sähköisesti täytettävä omalle koneelle tallennettava ja tulostettava versio. Lääkekortti.fi-sivusto on lääkehoidon tueksi kehitetty kaikille avoin palvelu verkossa. Palvelu ei vaadi erillistä kirjautumista sivustoille, ja se toimii sekä suomen- että ruotsinkielisenä. Konkreettisesti hyötyä lääkelistasta on esimerkiksi lääkärissä asioidessa, jolloin vieraampikin lääkäri saa kokonaiskäsityksen toteutetusta lääkehoidosta, ja siitä mitä lääkkeitä muut lääkärit ovat määränneet. Lääkelista kokoaa kaikki potilaan käyttämät lääkkeet tiiviiseen muotoon. Lääkelistan tulee olla rakenteltaan sellainen, että siihen on

helppo kirjata lääkkeitten nimet, vahvuudet, annostus (mihin kellonaikaan mikäkin lääke otetaan) ja mahdollisesti myös käyttötarkoitus (liite 1). (Lääketietokeskus, 2013)

Sekä pitkäaikaisen että lyhytaikaisen lääkehoidon toteutuksessa on tärkeää huomioida potilaan yksilölliset tarpeet. Pitkäaikaisella lääkityksellä ylläpidetään pitkäaiksiasiaan toimintakykyä, kun taas lyhytaikaisella lääkehoidolla hoidetaan tilapäistä häiriötä tai oiretta. Lyhtaikainen lääkitys voi olla esimerkiksi infektion hoitoon tarkoitettu antibiootti, leikkauksen jälkeinen kipulääkitys tai tilapäiseen unettomuuteen määrätty unilääke. Tilapäiseen unettomuuteen määrätystä unilääkkeestä tulisi luopua jo yhden tai kahden nukutun yön jälkeen. Unilääkkeitä tulisi käyttää maximissaan 3-4 viikkoa ja korkeintaan kolme kertaa viikossa. Toistuvissa unihäiriöissä voidaan unilääkettä käyttää viikon kuureina. (Talaslahti, Alanen & Leinonen, 2012, 154.)

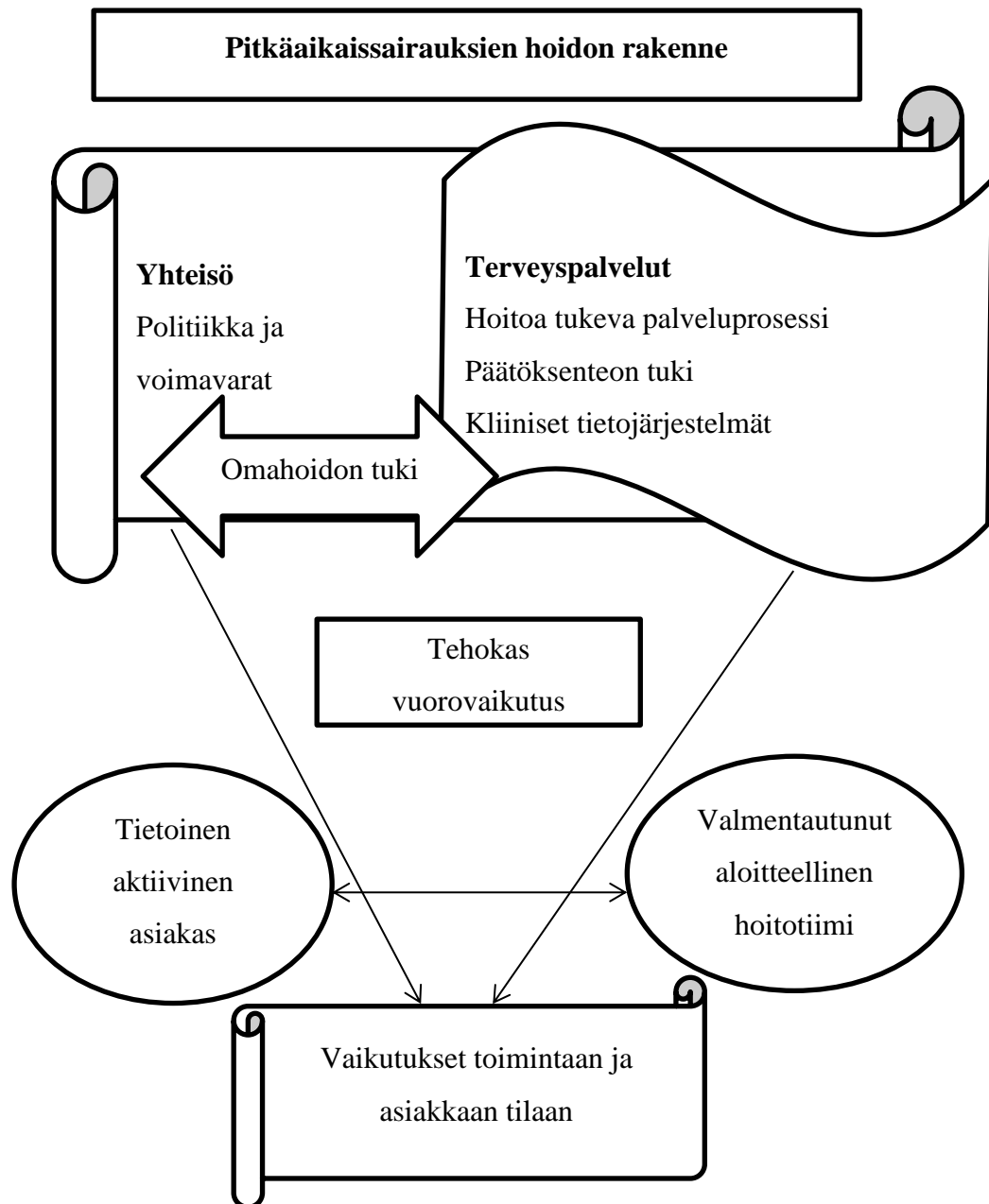
3.2 Pitkäaikaissairas ja lääkehoidon omahoito

Pitkäaikaissairaudella tai kroonisella sairaudella tarkoitetaan mitä tahansa sairautta tai tilaa, joka edellyttää jatkuvaa lääketieteellistä hoitoa, rajoittaa ihmisen toimintakykyä ja kestää todennäköisesti kauemmin kuin vuoden. Suomalaisista aikuisista noin puolet sairastaa ainakin yhtä pitkäaikaista sairautta. Pitkäaikainen sairastavuus on kuitenkin jatkuvasti lisääntynyt kaikissa ikäryhmissä. Pitkäaikaissairauksien yleisimmät ryhmät ovat tuki- ja liikuntaelinten sairaudet, verenkiertoelinten taudit, mielenterveyden häiriöt ja diabetes. Erityisesti astma, allergiset hengitystieoireet ja ihottumat ovat yleistyneet huomattavasti. (Kanste, Timonen, Ylitalo, & Kyngäs, 2009, 66.) Tässä opinnäytetyössä pitkäaikaissairas tarkoittaa potilasta, jolla on diagnostisoituna jokin krooninen sairaus kuten diabetes, astma, reuma tai sydän- ja verisuonitauti, ja hän on säännöllisen seurannan piirissä.

Pitkäaikaissairaus alkaa yleensä vähitellen. Se kehittyy ajan kuluessa ja sen kulku voi olla aaltomaista. Sairaus edellyttää jatkuvaa hoitoa, seuranta ja tilannearvioita. Pitkäaikaissairaus muuttaa aina potilaan elämää jollakin tavalla. Siihen liittyy pitkäaikainen, ehkä koko elämän kestävä vuorovaikutussuhde ammattihenkilöiden kanssa. (Routasalo & Pitkälä, 2009, 15.)

Samalla, kun pitkäaikaissairaiden määrä kasvaa väestön ikääntyessä ja yhä nuorempien sairastuessa elämäntapasairauksiin, kasvaa samanaikaisesti käytettyjen lääkkeitten määrä. Yhä useampi pitkäaikaissairas sairastaa monta eri sairautta. Nykyisissä hoitosuosituksissa ei oteta kantaa potilaan usean sairauden hoitoon, vaan hoitosuositukset keskittyvät aina yhteen sairauteen kerrallaan. Pitkäaikaissairaiden hoidossa on oleellista se, miten asiakas hoitaa itse itseään sen tiedon pohjalta mikä hänellä itsellään on sairaudesta, sillä pitkäaikaissairauden aiheuttamat oireet ja haitat ovat aina potilaalle todellisia. Terveystieteiden ammattilaisen tulisi kuunnella pitkäaikaissairaan kuvausta sairastumisestaan, sairauden oireista ja seurauksista pitkäaikaissairaan omien tuntemusten sekä aikaisempien kokemusten pohjalta. Hoitosuosituksissa mainitaan, että omahoito on tärkeää, mutta niissä ei tarkemmin selitetä, miten tulisi toimia. Omahoidon hoitokäytäntöjä ei ole kehitetty ja näin kokonaishoidon järjestäminen jää taka-alalle. (Saarelma, Lommi, Hemminki, Leppäkoski & Siefen 2008; 4445–4446; Routasalo & Pitkälä, 2009, 16)

Yhdysvaltalainen Wagner työryhmineen (1999) on kehittänyt kroonisten sairauksien hoitomallin (Chronic Care Model), jossa esiintyvät keskeiset asiat pitkäaikaissairaiden hoidosta. Hoitomallissa on olennaista se, että hoitoprosessi suunnitellaan pitkäaikaissairauksien näkökulmasta nostamalla keskiöön potilaan omahoidon tukeminen. Terveystieteiden mallilla tavoitellaan entistä suunnitelmallisempaa ja yksilöllisempää hoidon järjestämistä pitkäaikaisia sairauksia sairastaville henkilöille. Pitkäaikaissairaudesta hoidon tavoitteena on saada sairaus hallintaan siten, että se haittaa potilaan elämää mahdollisimman vähän. Tässä mallissa potilas ei ole kohde, vaan aktiivinen pitkäaikaissairautensa hoidosta vastuunsa ottava osapuoli. Mitä paremmin potilas sairautensa hallitsee, sitä harvemmin hän tarvitsee terveydenhuollon palveluita. Tavoitteena on, että potilas tulee vastaanottokäynnille omahoitoonsa perehtyneenä. Hyväkään toimintamalli ei takaa, että sen mukaan toimitaa. Hoitomallia ei voi noin vaan soveltaa käytäntöön, vaan sen käyttöönotto vaatii kehittämistä ja soveltamista eri työorganisaatioiden tarpeiden ja tapojen mukaan. (Saarelma ym. 2008, 4443–4447.) Pitkäaikaissairauksien hoidon rakennetta kuvaa seuraava Wagnerin kaaviota mukaileva kaavio (kuviol.) (Liite 2 alkupeäinen kaavio)

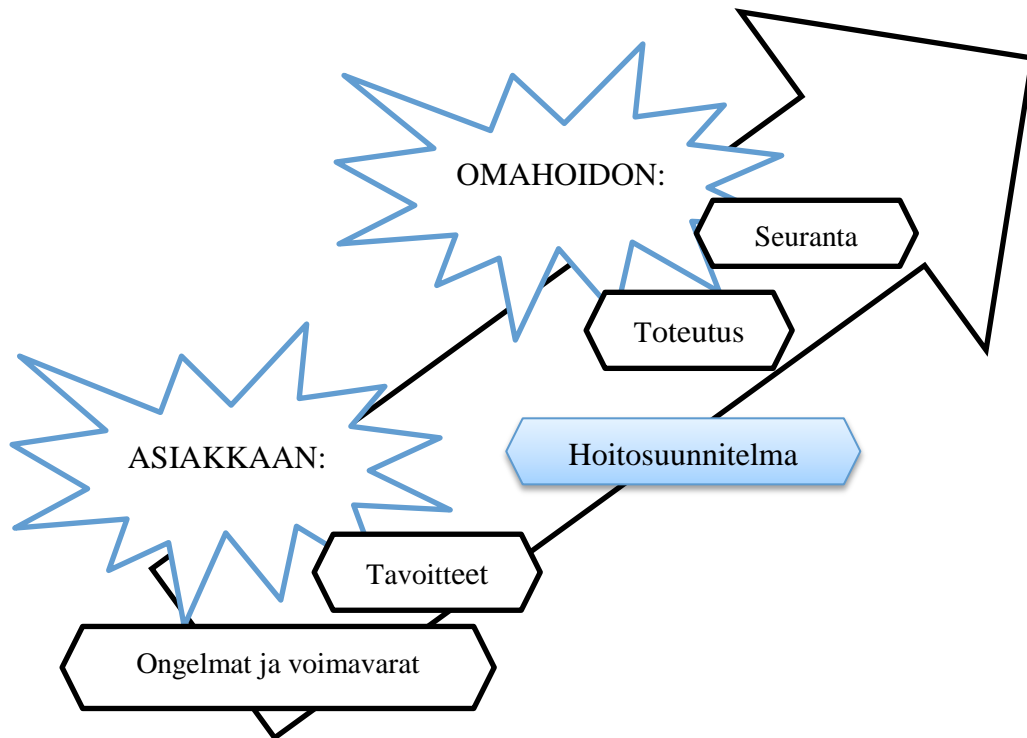


Kuvio 1. Wagnerin pitkäaikaissairauksien hoidon mallia mukaileva kaavio

Wagnerin pitkäaikaissairauksien hoidon mallia yhdistää potilaan omatoimisuuden, hoitoprosessien parantamisen, teknologisen tuen sekä yhteisöä ja voimavaroja koskevan politiikan. Tavoitteena on parantaa ja yhtenäistää perusterveydenhuollon pitkäaikaissairaiden hoitoprosessia, jotta hoitoa voidaan tuottaa taloudellisesti ja resurssien käyttöä järkevöittää Pitkäaikaissairauksien tulokellinen hoito edellyttää potilaan omahoidon tukemista sairauden näkökulmasta. (Saarelma, 2008, 4443–4444.)

Tässä opinnäytetyössä lääkehoidon omahoidolla tarkoitetaan kulloiseenkin tilanteeseen sopivaa näyttöön perustuvaa lääkehoitoa, jonka pitkäaikaisesta sairaudesta kärsivä potilas toteuttaa itse, mutta jonka hän on suunnitellut yhdessä terveydenhuollon ammattihenkilön kanssa. Tällä määrittelyllä pyrin erottamaan toisistaan käsitteet *omahoito* ja *itsehoito*. Itsehoito on potilaan itse tilanteeseensa ilman terveydenhuollon ammattihenkilön apua suunnittelemaa hoitoa. (Routasalo & Pitkälä 2009, 5–6.) Suomessa käsitettä omahoito on käytetty ainakin astman, diabeteksen sekä sydän- ja verisuonisairauksien hoidossa niin terveydenhuollon toimijoiden kuin potilaidenkin keskuudessa. Diabeteksen ehkäisyn ja hoidon kehittämisohjelma 2000–2010 (DEHKO) on valtakunnallinen ohjelma, jonka keskeinen tavoite on omahoidon hallinta ja sen tukeminen yhteistyössä terveydenhuollon toimijoiden ja yhdistysten avulla. (Diabetesliitto 2010.)

Lääkehoidossa omahoito ja sen tukeminen ovat näennäisesti selkeitä asioita. Kuitenkin interventiotutkimukset osoittavat, että käsitteenä omahoito hakee vielä paikkaansa. Käsitteiden selkiyttämisen lisäksi ammattihenkilön ja potilaan välisen suhteen muuttuminen auktoriteettisuhteesta valmentajasuhteeksi vaatii ammattihenkilöltä asennemuutosta, jossa ollaan valmiita potilaan muuttuvaan rooliin. Vaikka potilas on tähänkin asti viime kädessä päättänyt, noudattaako hän saamiaan hoito-ohjeita, nyt häntä kannustetaan ottamaan kokonaisvastuu hoidostaan. Samalla häneltä edellytetään ongelmanratkaisu- ja päätöksentekotaitoja onnistuneen hoitotuloksen saavuttamiseksi. Kun ammattihenkilöt ymmärtävät omahoito-käsitteen sisällön samalla tavalla, on mahdollista kehittää toimintatapoja, joilla lääkehoidon omahoidoa pystytään tukemaan potilaslähtöisesti. Tehdyt interventiot ovat jo hyvä alku tälle uudelle pitkäaikaissairauden hoidon paradigmalle, jossa keskeistä on potilaan ja ammattihenkilön tasavertaisuus. (Routasalo ym. 2010, 1921.) Ammattihenkilön arvostava ja kunnioittava asenne rohkaisee potilasta kuvaamaan itse ongelmiaan, voimavarojaan ja muutosvalmiuttaan. Empaattisessa vuorovaikutuksessa hoitaja voi herättää, kasvattaa, rakentaa tai vahvistaa potilaan motivaatiota hoitaa itseään ja vähentää riskitekijöitään. (Routasalo & Pitkälä 2009, 33.) Kuviossa 2 esitetään omahoidon prosessi mukaillen Routasalo & Pitkälä 2009 mallia.



Kuvio 2. Omahoidon prosessi

Omahoidon onnistumisen edellytyksenä on omien voimavarojen, rajoitusten ja avun tarpeen tunnistaminen. Omahoito vaatii pitkäaiksissairaalta tietoa tavoitteista sekä vastuun ottoa omasta hoidostaan ja elintavoistaan. Tähän tarvitaan uskoa omiin voimavaroihin ja pystyvyyteen. Pitkäaikaisesta sairaudesta kärsivän omahoidossa on kolme ulottuvuutta: taito hoitaa itseään lääketieteellisesti hyvin, kyky luoda ja ylläpitää uusia merkityksellisiä rooleja sairaudesta huolimatta sekä sopeutuminen sairauteen ja siihen liittyviin tunteisiin. (Routasalo ym. 2009, 2355.)

3.3 Kirjallisuuskatsaus lääkehoidosta

Kirjallisuuskatsaus on tutkimusmetodi, jossa on tarkat tutkimuskysymykset ja sen toteuttamiseksi seurataan systemaattista tutkimuspolkua, jotta tutkimuskysymyksiin löydetään vastaukset. Kirjallisuuskatsaus on tiivistelmä tietyn aihepiirin aiempien tutkimusten olennaisesta sisällöstä. Kirjallisuuskatsauksella kartoitetaan ja seulotaan esiin tieteellisten tulosten kannalta mielenkiintoisia ja tärkeitä tutkimuksia. Kirjallisuuskatsauksessa tutkija käy läpi runsaasti tutkimusmateriaalia tiiviissä muodossa pyrkien asettamaan tutkimuksen sekä historialliseen että oman tieteenalansa

kontekstiin. Samalla tutkijan on helpompi perustella, miksi juuri hänen tutkimuksensa on merkittävä. Kirjallisuuskatsaus on tehokas tapa testata hypoteeseja, esittää tutkimusten tuloksia tiiviissä muodossa sekä arvioida niiden johdonmukaisuutta. Se voi paljastaa aikaisemmassa tutkimuksessa esiintyvät puutteet eli tuoda esiin uusia tutkimustarpeita. Laaja-alaisuus ei ole kuitenkaan arvo sinänsä, sillä myös laaja työ voi olla lähdevalinnoiltaan yksipuolinen. (Petticrew 2001, 98 & Kallio 2006, 19.)

Aikaisempia tutkimuksia lääkehoidon toteutumisesta karoitettiin kirjallisuushaulla sähköisistä tietokannoista. Aineistoa kerättiin hakusanoilla lääke, lääkitys, läähehoito, lääkehoidon hallinta, lääkelista, drug therapy, drug therapy and medication, medication adherence ja medication list (liite3). Hakuja suomeksi tehtiin pääasiassa Medicistä, joka on kotimainen terveystieteellinen viitetietokanta, mutta myös Artosta, joka on artikkeliviitetietokanta eli sen avulla etsitään tietoa kotimaisten aikakaus- ja sanomalehtien sisällöstä sekä kolmantena vielä Google Scholarista, mistä löytyy kattavia hakuja tieteellisestä kirjallisuudesta. Englanninkieliset haut tehtiin Cinahlista, joka on hoitotyön ja hoitotieteen tietokanta ja PubMedista, joka on lääke- ja terveystieteiden, sekä lähialojen kansainvälinen viitetietokanta. Kirjallisuuskatsauksen haun tulos oli sen verran laaja, että katsaukseen ei otettu koko aineistoa, vaan siitä valikoitui otsikon ja tiivistelmän perusteella seitsemän tutkimusta. Kirjallisuuskatsaukseen valittiin erityisesti kotimaisia tutkimuksia, koska suomalaisessa terveydenhuollossa on omat ominaispiirteensä muiden maiden terveydenhuoltoon verrattuna. Valitut tutkimukset tarkastelevat osittain lääkehoidon vaikutusta sairauden hoitoon, mutta näkökulma on kuitenkin lääkehoidon toteutumisessa.

Kirjallisuushaku lähti liikkeelle siitä, että haku rajattiin koskemaan vuoden 2000 ja sen jälkeen ilmestyneitä tutkimuksia. Toisena kriteerinä oli näyttöön perustuvuus. Mukaan kirjallisuuskatsaukseen otettiin vain pro gradu -tutkielmat, väitöskirjat ja korkeampaan tieteelliseen tutkimukseen perustuvat tutkimukset eli katsaustyyppiset julkaisut. Kolmantena valintakriteerinä käytettiin kokotekstiartikkeleita (Full Text –artikkelita) ja neljäntenä valintakriteerinä oli tutkimuksen sisältö, sen tuli olla potilaiden lääkehoidon hallintaan liittyvää. Jos sisältö käsitteli lääkityksen vaikutusta sairauksien oireisiin, kustannusvaikuttavuutta ja potilasturvallisuutta käytettiin sitä hylkäämiskriteerinä.

Merirannan (2009) tutkimuksen mukaan lääkkeitten käyttö on vuosi vuodelta vain kasvanut. Tavoitteena on, että lääkehoito on aina yksilöllisesti räätälöityä. Lääkehoidon oikean toteutumisen kannalta on tarpeellista kartoittaa myös lääkehoitoa tarvitsevan potilaan elintavat ja elämäntilanne. Meriranta käyttää tutkimuksessaan käsitettä konkordanssi, josta voidaan puhua silloin, kun vastaanotto perustuu potilaan ja terveydenhuollon ammattilaisen tasavertaiseen hoitosuhteeseen ja yhdessä tehtyyn hoitosuunnitelmaan. Tutkimuksessa kartoitettiin verenpaineen hoitoon liittyvän tiedon siirtymistä lääkäriltä potilaille. Yhdeksän potilasta kymmenestä sai lääkäriltä tietoa elintapamuutosten tarpeesta, ja he olivat myös toteuttaneet muutoksia ruokavaliossaan. Noin puolet potilaista oli lisännyt liikuntaa ja ilmoitti myös laihduttaneensa. Tutkimuksessa kartoitettiin verenpaineen hoitoon liittyvän tiedon siirtymistä lääkäriltä potilaille. Potilaiden ja lääkäreiden arviot kohonneesta verenpaineesta riskitekijänä erosivat toisistaan: lääkärit eivät arvioineet kohonnutta verenpainetta niin vaaralliseksi riskitekijäksi kuin potilaat. Kun potilaiden ja lääkäreiden käsityksiä hyvään hoitotulokseen liittyvistä tekijöistä tutkittiin, selvisi, että lääkehaitoista ei useinkaan keskustella, kun potilaat ovat iäkkäitä. Lisäksi selvisi, että lääkäreiden ja potilaiden käsitykset lääkehoidosta erosivat toisistaan ja että säännönmukaisesti hoidon tavoitteista ei sovita.

Lumme-Stadtin (2002) tutkimuksen mukaan lääkkeitten käyttöä tarkasteltaessa unohdetaan usein arjen kokonaisuus, kun lääkkeitten käyttöön liittyviä maallikkokäsityksiä ja lääkkeiden käytön säännönmukaisuuksia selvitettiin, ilmeni, että itsenäisesti asuvat ikäihmiset pitävät itseään aktiivisina, omien asioidensa asiantuntijoina ja omista asioista päättävinä lääkkeitten käyttäjinä. Haastatellut ikäihmiset korostivat sitä, että he haluavat suhtautua oikein lääkkeisiin. Lääkkeitten käyttö pitää perustella monin eri tavoin. Vaikka lääkärit nähtiin lääkehoidon asiantuntijoina, lääkkeitten käyttäjät korostivat silti omaa aktiivisuuttaan lääkityksen suhteen. Ikäihmisillä ei välttämättä ole lääketieteellistä tietämystä sairauksista ja niiden hoidosta, mutta heillä on tietoa omasta arjestaan ja lääkehoidosta. Tarkkuus ja aktiivisuus suhteessa omaan lääkitykseen antavat maallikoille mahdollisuuden sekä turvautua lääketieteen apuun että kontrolloida itse omaa lääkehoitoaan.

Forssas, Sund, Manderbacka, Vehko, Arffman, Ilanne-Parikka & Keskimäki (2011) tarkastelivat tutkimuksessaan, miten valtimotaudin vaaratekijöiden lääkehoito toteutui

diabetesta sairastavilla sepelvaltimotaudin primaari- ja sekundaaripreventiossa vuosina 1997–2007. Tutkimuksen tulokset kertoivat terveydenhuollossa diagnostisoitujen diabeetikoiden sydän- ja verisuonitautilääkkeitten käytöstä. Tutkimustapa saattoi yliarvioida käytettyjen lääkkeitten määrää, sillä lääkekokeiluja tai potilaiden hoitoon sitoutumista ei voitu ottaa huomioon aineistoa muodostettaessa. Tutkimuksessa havaittiin, että diabetesta sairastavien naisten ja miesten sepelvaltimotaudin riskitekijöiden lääkehoitokäytännöt olivat lähes samat. Tutkimuksen aikana diabeetikkojen määrä kasvoi tarkastelujakson alusta 65 % ja samalla lipidilääkkeitten käyttö moninkertaistui. Sepelvaltimotautia sairastavista diabeetikoista 88 % käytti vuonna 1997 vähintään yhtä verenpainelääkettä. Vuonna 2007 luku oli jo 96 %. Vähintään kahta eri lääkeryhmän verenpainelääkettä käytti vuonna 1997 noin 41 %. Vuonna 2007 luku oli jo 70 % diabeetikoista. Tutkimuksessa pyrittiin selvittämään toteutuneen lääkehoitokäytännön muutoksien lisäksi sellaisten diabeetikoille yleisesti suositeltujen elintapaohjeiden vaikutusta terveyteen, kuten suolan käytön välttäminen, ravinnon rasvahappokoostumus, liikunta, painonhallinta, tupakoimattomuus ja kohtuullinen alkoholinkäyttö.

Myllymäen (2007) tutkimuksen tukena käytetyissä aikaisemmissa tutkimuksissa on todettu, että huomattava osa kaatumisten vuoksi hoitoon hakeutuneista vanhuksista oli nauttinut alkoholia ja lääkkeitä. Väestötasolla iäkkäiden ihmisten alkoholin käytön ja kaatumisten yhteyksiä on kuitenkin tutkittu niukasti. Myllymäen (2007) mukaan unilääkkeitten ja niiden kanssa mahdollisesti nautitun alkoholin yhteys iäkkäiden kaatumisiin on vähäistä. Ikäihmiset hallitsevat hyvin unilääkkeitten käytön. Vuoden kestäneen seurannan aikana 46 % tutkittavista kaatui ainakin kerran, heistä 21 % toistuvasti. Kolmasosa käytti alkoholia vähäisiä määriä, kolmasosa kohtuullisesti ja kolmasosa ei ollenkaan. Tutkimuksen naisista 14 % käytti unilääkkeitä. Alkoholin tai unilääkkeitten käytöllä tai niiden yhteiskäytöllä ei ollut yhteyttä kaatumisriskiin.

Englannissa Sungin ym. (2009) tekemä tutkimus selvitti, voisivatko potilaat osallistua omaan lääkehoitoonsa enemmän. Tutkimuksessa kävi ilmi, että tutkittua tietoa aiheesta on vähän, joten aiheen tutkiminen on tärkeää. Tutkimuksessa 104 potilaalle annettiin taittuva, lompakkoon mahtuva lääkekortti ja potilaan lääkehoitoa mittaava taulukko, joka kuvaa potilaan käsitystä omasta lääkeshoidostaan. Myöhemmin potilaisiin otettiin yhteyttä neljän ja yhdentoista kuukauden kuluttua, jolloin heiltä tiedusteltiin, ovatko he

käyttäneet lääkekorttia. Haastatteluun ilmoittautui 42 potilasta, joista 38 % raportoi käyttävänsä lääkekorttia. Tutkimuksessa lääkekorttia käyttävät potilaat saivat aiempaa paremmin tietoa omasta lääkehoidostaan. Osa potilaista osallistui tutkimukseen, mutta ei ilmoittautunut haastatteluun. Näistä 41 ei käyttänyt lääkekorttia, mutta he sanoivat olevansa kiinnostuneita käyttämään korttia tulevaisuudessa tai käyttävänsä omaa toisenlaista korttiaan. Tutkimuksen päätelmänä todettiin, että merkittävä määrä potilaista oli halukkaita käyttämään lääkekorttia ja että lääkekortin käyttö lisäsi käyttäjien tietoa omasta lääkehoidostaan.

Talaslahti, Alanen & Leinonen (2012) tarkastelevat katsauksessaan vanhenevan ihmisen unen rakenteen muuttumista ja siihen vaikuttavia tekijöitä. Katsaus käy läpi unettomuuden laatua ja sen syitä. Vanhusten unettomuuden syiden selvittäminen vaatii kärsivällisyyttä ja hoito pitää räätälöidä yksilöllisesti. Yli 65-vuotiaiden unettomuus muuttuu helposti krooniseksi ja pitkäaikainen unettomuus voi aiheuttaa psyykkisiä oireita ja pahentaa fyysisiä sairauksia. Unettomuus saattaa pahimmillaan johtaa toimintakyvyn huomattavaan heikkenemiseen ja laitoshoitoon. Sen vuoksi on tärkeää, että myös ikäihmiset hallitsevat unilääkkeitten käytön. Vanhukselle unilääke on usein myös vanha turva, josta ei haluta luopua.

Alasen & Leinosen (2012) katsauksessa tuli esille, että käytösoireiden hoidon perustana tulisi olla asianmukainen muistisairauden diagnostiikka ja lääkehoito. Psykoosilääkkeitä tulisi käyttää käytösoireiden hoidossa vain silloin, kun lääkkeettömät hoidot todetaan tehottomiksi. Psykoosilääkkeitten käyttöön puolestaan tulee suhtautua kriittisesti. Jokaisen potilaan kohdalla on tehtävä yksilöllisesti hyöty-haitta-analyysi, jossa punnitaan käytösoireiden haittaavuus, vakavuus ja lääkehoidon riskit. Etenkin kotona asuvien muistisairaiden voi olla vaikea hallita psykoosilääkkeiden käyttöä, joten niitä tulee käyttää hyvin harkitusti ja vasta viimeisenä vaihtoehtona. Psykoosilääkkeitten hallinta kotioloissa nähtiin tässä katsauksessa hyvin ongelmallisena.

Kirjallisuuskatsauksessa käytettyjen tutkimusten perusteella sai sellaisen käsityksen lääkehoidon omatoimisesta toteuttamisesta, että potilaiden ja hoitohenkilökunnan käsitykset lääkehoidon toteutumisesta eroavat jostain syystä toisistaan. Potilaat arvioivat hallitsevansa lääkehoitonsa, vaikka todellisuudessa se ei toteudu lääkärin toivomalla tavalla. Edellä esitettyjen tutkimusten (Meriranta, 2009; Lumme-Sandt 2002 &

Myllymäki, 2007) mukaan tämä johtuu osittain potilaiden asenteesta, osittain informaatiosta, jota lääkärit antavat lääkehoidosta. Lääkehoito on tärkeä osa pitkäaikaissairaiden hoitoa, joten on tärkeää, että pitkäaikaissairaat motivoidaan noudattamaan annettuja ohjeita oman arjen puitteissa. Lääkehoidon toteutuksen rinnalle nostettiin elämäntapamuutokset ja niiden toteutuminen potilaan arjessa. Sepelvaltimotautia sairastavien diabeetikoiden todettiin osaavan toteuttaa lääkehoitoa annettujen ohjeiden mukaan. He olivat myös motivoituneita elämäntapamuutoksiin lääkehoidon rinnalla. Myös lääkehoidon vaikutus toimintakykyyn ja unen laatuun on osa lääkehoidon toteutumisen kannalta tärkeitä näkökulmia lääkehoidon kokonaisuuden toteutumiseen. Pitkäaikainen unettomuus voi aiheuttaa psykiatrisia oireita ja vaikeuttaa fyysisiä sairauksia. Se saattaa pahimmillaan johtaa toimintakyvyn huomattavaan heikkenemiseen ja laitoshoitoon, erityisesti muistihäiriöpotilaiden kohdalla, kun omainen on väsynyt valvomiseen. Talaslahti, ym (2012) tutkimuksessa tuli esille, että unilääke tuo turvaa vanhukselle ja näin hän ei ole valmis luopumaan sen käytöstä vaikka se olisi hänelle räätälöidyn lääkehoidon ja toimintakykynsä kannalta tarpeellista.

Hoitohenkilökunnan näkökulmasta katsottuna päivitettyä lääkelistaa käyttävät potilaat toteuttavat lääkehoitoa paremmin, kuin ne potilaat joilla ei ole lääkelistaa. Sung ym. (2009) tutkimusten mukaan potilaat suhtautuvat positiivisesti ajatukseen lääkelistan käyttöä kohtaan. Kirjallisuuskatsauksen tutkimusten mukaan varsinkin iäkkäiden potilaiden kohdalla tulisi harkita tarkkaan lääkehoidon hyödyt ja haitat ennen lääkehoidon aloittamista. Tässä potilaiden arkitodellisuuden kartoittamisesta näyttäisi olevan todellista hyötyä.

4 OPINNÄYTETYÖN METODOLOGIA JA EMPIIRINEN TOTEUTUS

4.1 Tutkimusmenetelmä

Kvantitatiivista eli määrällistä tutkimusmenetelmää käytetään paljon sosiaali- ja yhteiskuntatieteellisessä tutkimuksessa. Menetelmälle ovat keskeisiä seuraavat asiat: aiemmat teorialat ja johtopäätökset aiemmista tutkimuksista, hypoteesit, käsitteet, havaintoaineiston soveltuvuus numeeriseen mittaamiseen, tutkittavan perusjoukon ja otoksen valinta, aineiston saattaminen tilastollisesti käsiteltävään muotoon sekä havaintoaineiston tilastollinen analysointi. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara. 2000, 129.)

Kvantitatiivisen tutkimusmenetelmän avulla kartoitetaan ja selvitetään ongelmia, jotka voidaan esittää lukumäärinä. Kvantitatiivisessa tutkimuksessa teorialla on keskeinen rooli tutkimuksen tekemisessä, koska teoriassa esitetyt hypoteesit ovat tutkimuksen ja mittauksen kohteena. Jotta teorian käsitteitä pystytään mittaamaan, täytyy teoriasta määrittää mitattavat asiat ja se miten niitä mitataan. (Hirsjärvi ym. 2000, 130–131.)

Kvantitatiivisella tutkimusmenetelmällä voidaan tutkia laajempaa joukkoa kuin kvalitatiivisessa tutkimuksessa, ja saatu tieto sopii paremmin yleistämiseen. Kvantitatiivinen tutkimus soveltuu suurelle ja hajallaan olevalle tutkimusjoukolle sekä arkaluontoisten asioiden tutkimiseen. Kvantitatiivisessa tutkimuksessa aineisto kerätään joko kyselylomakkeella, systemaattisella havainnoinnilla tai valmiiden rekistereiden ja tilastojen avulla. (Vilka 2005, 73–75.)

Kvantitatiivisessa tutkimuksessa käsitteen määrittelyä tarvitaan, koska käsitteillä on useita tehtäviä. Määritelmä on käsitteen kielellinen kuvaus, joka antaa käsitteille merkityksen ja luo normit käsitteiden käytölle sekä rajaa ja täsmentää käytetyt käsitteet. Määriteltävät käsitteet tulee harkita tarkasti sen jälkeen, kun tiedetään mistä näkökulmasta aihetta lähestytään. Peruskäsitteet tulee ymmärtää mahdollisimman syvästi ja monitahoisesti, jotta käsitteenmäärittelyn perusta voidaan perustella. (Hirsjärvi ym. 2000. 137–147.)

4.2 Kyselytutkimus aineiston keruumenetelmänä

Kyselyn onnistumiseen ja vastausten määrään vaikuttaa kyselylomakkeen väittämien ja vastausvaihtoehtojen sekä lomakkeen ulkomuodon huolellinen suunnittelu. Ennen kyselylomakkeen laatimista tutkija laatii teoreettisen viitekehyksen, jonka pohjalta kyselylomakkeen väittämät laaditaan. Kyselylomakkeen kysymykset voivat olla avoimia kysymyksiä, monivalintakysymyksiä tai asteikkoihin perustuvia kysymyksiä. Asteikkoihin perustuvissa kysymyksissä vastaaja ilmoittaa asteikolla, kuinka voimakkaasti hän on samaa tai eri mieltä väittämän kanssa. Kysymysten tulee olla niin yksiselitteisiä, että ne voidaan ymmärtää vain yhdellä tavalla. Strukturoidussa kyselylomakkeessa vastausvaihtoehdot ovat valmiina. (Vilka 2005, 81, 84–86; Hirsjärvi ym. 2000, 180–191.)

Hyvä kysymys on selkeä, mahdollisimman lyhyt, spesifinen, tutkittavan asian kannalta oleellinen ja se kysyy vain yhtä asiaa kerrallaan. Kysymyksen tulee olla myös kohtelias ja kielellisesti moitteeton, eikä se saa johdatella vastaajaa. On tärkeää että kysymys on sellainen, että siihen on helppo vastata ja että vastaus koskee juuri kysyttyä asiaa. Omassa kyselylomakkeessani kysymysten määrä ja sijoittelu oli tarkan harkinnan tulos. Näin helposti vastattavat kysymykset sijoituivat kyselyn alkuun. Strukturoitujen kysymysten rinnalle laadittiin strukturoituja kysymyksiä täydentäviä avoimia kysymyksiä jotka antoivat kyselyyn vastaajille mahdollisuuden omien mielipiteiden ilmaisemiseen. (Heikkilä 2008, 57; Hirsjärvi ym. 2000, 202–203.)

4.3 Analyysimenetelmä

Määrällisessä tutkimuksessa valitaan sellainen analyysimenetelmä, joka antaa tietoa siitä, mitä ollaan tutkimassa. Analyysitapa valitaan sen mukaan, tutkitaanko yhtä muuttujaa vai kahden tai useamman muuttujan välistä riippuvuutta. Kvantitatiivisessa tutkimuksessa on tavoitteena perustella väitteitä numeroiden ja tilastollisten yhteyksien avulla. Jotta näin voidaan tehdä, on tutkimusaineisto ryhmiteltävä taulukkomuotoon. Kyselylomakkeet tarkistetaan, numeroidaan ja niissä oleva tieto tallennetaan havaintomatriisiin. Havaintomatriisista voidaan tehdä muun muassa perustason

analyysi, jossa lasketaan tunnuslukuja ja tehdään ristiintaulukointia eli vertaillaan kahden muuttujan välistä riippuvuutta. (Vilkkä 2005, 90–92; Vilkkä 2007, 118–119.)

SPSS for Windows 20 -tilastointi-ohjelma on monipuolinen tilastollisen tietojenkäsittelyn ohjelmisto, jolla voidaan täyttää tavallisimmat tilastollisen analyysin tarpeet ja tehdä monia vaativampiakin tarkasteluja. SPSS muistuttaa suurelta osin Windows-ohjelmia, mutta se poikkeaa Windows-ohjelmasta komentokielen (englanti) vuoksi. SPSS-ohjelman Variable View -lehdelle nimetään aineiston muuttujat, jotka myös määritellään. Data View -näkyymään syötetään lomakkeista vastaukset edellyttäen, että kullekin vastaukselle on annettu numeerinen arvo eli aineisto on koodattu numeeriseen muotoon. SPSS kykenee käsittelemään myös sanallisia vastauksia, mutta niiden analysointi ohjelmalla on lähes mahdotonta. (Taanila, 2009, 1–5.)

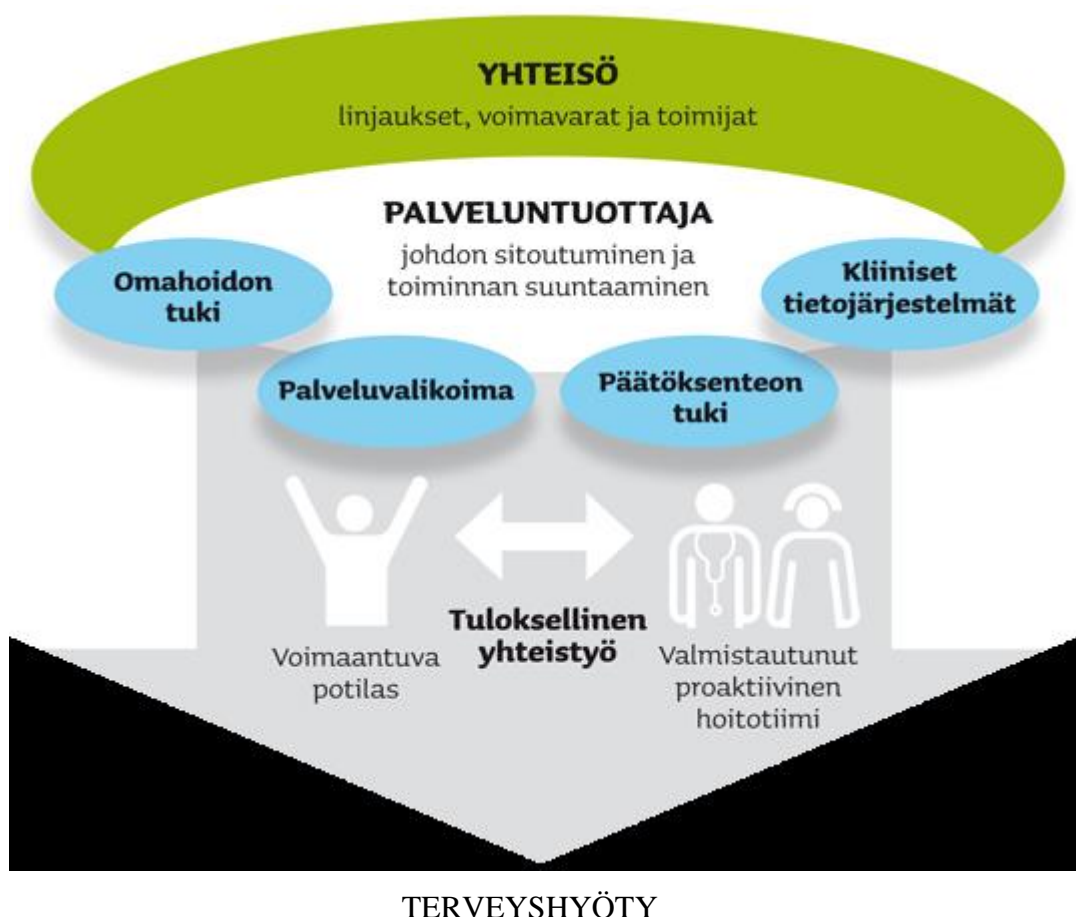
Sisällönanalyysillä pyritään saamaan päätelmiä verbaalisesta, symbolisesta tai kommunikatiivisesta datasta. Sisällönanalyysi pyrkii kuvamaan dokumenttien sisältöä sanallisesti aineistoa tiivistäen ja selkeyttäen. Aineisto hajoitetaan osiin ja käsitteellistetään, jonka jälkeen se kootaan uudelleen loogiseksi kokonaisuudeksi. Aineistolähtöisessä sisällönanalyysissä aineisto voidaan redusoida eli pelkistää, klusteroida eli ryhmitellä ja abstrahoida eli käsitteellistää. (Tuomi, & Sarajärvi, 2006, 105–106.)

Pelkistämällä aineiston tieto tiivistetään tai pilkotaan osiin tutkimustehtävien mukaan litteroimalla tai koodaamalla tärkeät ilmaisut. Alkuperäisaineistosta etsitään samankaltaisuuksia ja eroavaisuuksia kuvaavia käsitteitä. Samaa asiaa tarkoittavat käsitteet ryhmitellään ja yhdistetään luokaksi. Tämän jälkeen luokat nimetään sisältöä kuvaavalla nimikkeellä, jonka jälkeen erotetaan tutkimuksen kannalta olennainen tieto ja muodostetaan teoreettisia käsitteitä. Alkuperäiset ilmaukset yhdistellään luokituksista ja muutetaan teoreettisiin käsitteisiin ja päätelmiin, niin kauan kun se aineiston sisällön puolesta on mahdollista. (Tuomi, & Sarajärvi, 2006, 111–115.)

4.4 Kohderyhmän valinnan tausta

”Put patient in the driver’s seat” eli ”Potilas kuljettajan paikalle” (Potku) merkitsee uudenlaista ajattelua. Asiakkaiden tulee ymmärtää omien ratkaisujensa vaikutus sairauksiensa hoidossa ja ammattilaisen tulee ymmärtää, ettei hän ole määrääjä vaan kannustaja ja tukija. Potku-kehittämishankkeen tavoitteena on kehittää terveyshyötymallin mukaisesti pitkäaikaissairauksia sairastavan henkilön hoitoa ennaltaehkäiseväksi, suunnitelmalliseksi ja asiakaslähtöiseksi. Terveyshyötymalli ei ole perinteisesti jalkautettava hoitomalli, vaan viitekehys potilaslähtöiseen ja tiimityön kehittämisen ajatusmalli. Potilaan kanssa tehdään yksilöllinen hoitosuunnitelma, jossa potilaiden omahoitoa tuetaan. Tarvittaessa sovitaan seurannasta ja tukitoimista. Näin varmistetaan potilaan tarvittavat valmiudet omahoitoon. (Potku-hanke, 2012.) Kohderyhmäksi tähän tutkimukseen valittiin Potku-kehittämishankkeen pitkäaikaissairasta 50, joille oli tehty omahoidon tukemiseksi hoitosuunnitelma. Lisäksi valittiin 50 sisätautipoliklinikan potilasta, joilla oli jokin pitkäaikaissairaus. Yhteistä molemmille potilasryhmille oli, että he olivat kevään 2012 aikana saaneet täytettävän lääkelistan sairaalasta lähetetyn kutsukirjeen mukana. Tarkoituksena oli käydä läpi täytetty lääkelista seurantakäynnin yhteydessä ja näin selvittää potilaiden lääkitystä.

Terveyskeskuksen perustehtävä on terveyshyödyn tuottaminen ja sen mukaisen toiminnan kehittäminen. Terveyshyöty-mallin tavoitteena on parantaa hoidon laatua ja tuloksia sekä kansanterveysongelmien ja kansantautien hallintaan saaminen. Se perustuu kuuteen elementtiin, joissa korostetaan potilaan omahoitoa, palveluvalikoiman kehittämistä, klinisiä tietojärjestelmiä, päätöksenteon tukea ja eri toimijoiden välistä yhteistyötä. Tässä tutkimuksessa mukana olevan terveydenhuollon yksikön Potku-kehittämishanke on jaettu kahteen hankeosioon: diabetespotilaan hoidon kehittämiseen ja diabeteshoidon yhteensovittamiseen organisaatiossa sekä pitkäaikaissairaisiin potilaisiin liittyvän tiimityön kehittämiseen terveyskeskuksen vastaanotolla. Tavoitteena on kehittää hoitosuunnitelmia, omahoitoa sekä käyntien suunnittelua ja seurantaa. Terveyshyötymallia selventävä kaavio (kuvio 3). (Potku-hanke, 2012.)



KUVIO 3. Terveyshyötymalli Väli-Suomen terveyskeskuksiin

4.5 Tutkimuksen toteutus

Tutkimusongelmien tarkoituksena oli kuvata pitkäaikaissairaalan lääkehoidon nykytilaa, joten tutkimusmenetelmäksi valittiin kvantitatiivinen tutkimusmenetelmä, koska tämä tutkimusmenetelmä perustuu juuri kohteen kuvaamiseen ja tulkitsemiseen tilastojen ja numeroiden avulla. (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen, 1998, 20–24.) Tutkimusmenetelmäksi valittiin kyselytutkimus, koska kyselytutkimuksella voidaan kerätä tehokkaasti kuvauksia, selvittää mielipiteitä, asenteita ja syy–vaikutus-suhteita. Tähän tutkimukseen laadittiin kaksikielinen puolistrukturoitu kyselylomake. Lomakkeen kielinä olivat suomi ja ruotsi. Kyselylomakkeen kysymykset laadittiin mahdollisimman yksinkertaisella ja ytimekkäällä kielellä, jotta kaikki kyselyn saavat ymmärtäisivät kysymykset samalla tavalla. Tässä kyselyssä suurin osa kysymyksistä

laadittiin niin, että niihin vastattiin joko *kyllä*, *osittain* tai *ei*. (Hirsjärvi ym. 2000, 180–191.)

Kyselylomakkeen sisältö laadittiin niin, että ensin pyydettiin taustatiedot, jonka jälkeen kartoitettiin pitkäaikaissairaiden tietämystä omasta lääkityksestään. Kolmannessa osiossa kartoitettiin, miten kyselyyn vastanneet toteuttavat lääkehoitoaan, ja neljännessä osiossa keskityttiin kartoittamaan, mistä kyselyyn vastanneet olivat saaneet informaatiota lääkehoitonsa suhteen. Viidennessä eli viimeisessä osiossa selvitettiin lääkelistan täyttöä ja sen käyttöä lääkehoidon tukena.

Tutkimus toteutettiin kvantitatiivisena kyselytutkimuksena puolistrukturoitua kyselylomaketta käyttäen. Kyselylomakkeet esiteltiin kolmella yleislääketieteen potilaalla, jotta saatiin tietää ymmärtävätkö vastaajat kyselyn kysymykset samalla tavalla. Esitestauksessa käytettyjä kyselyjä ei käytetty varsinaisessa tutkimuksessa, koska he eivät olleet saaneet sairaalan kutsukirjettä eivätkä olleet Potku-kehittämishankkeen- tai sisätautipoliklinikan potilaita. Esitestauksen jälkeen kyselylomakkeeseen ei tehty muutoksia, koska kaikki kolme kyselyyn vastannut ymmärsi kysymykset samalla tavalla ja he kokivat kyselyn selkeäksi sekä yksiselitteisesti ymmärrettäväksi. Varsinainen kysely toteutettiin tutkimuksessa mukna olleen sosiaali- ja terveystieteiden avoterveydenhuollossa toimivan Potku-kehittämishankkeen aloitteesta. Kohderyhmä valittiin sisätautipoliklinikan ja Potku-kehittämishankkeen potilaista sattumanvaraisella otannalla yhteistyössä Potku-kehittämishankkeen vetäjän, opinnäytetyötä työn puolesta ohjaavan ylihoitajan ja tutkimuksen tekijän kanssa. Sisätautipoliklinikalta kyselyyn valitut potilaat olivat saaneet toukokuun 2012 aikana sairaalan kutsukirjeen mukana täytettävän lääkelistan. Valintakriteerinä oli, että kyselyyn valitut sisätautipoliklinikan potilaat olisivat vuonna 1957 tai sitä ennen syntyneitä, koska suurin osa Potku-kehittämishankkeen hoitosuunnitelman saaneista potilaista on yli 55-vuotiaita. Sisätautipoliklinikan potilaista kyselyyn valittiin yhteensä 50 vastaajaa. Valitsimme ensimmäiset 10 potilasta niistä, jotka olivat käyneet gastroenterologiaan perehtyneen lääkärin vastaanotolla, 10 oli diabeteskontrollissa käynyt, 10 reumakontrollissa käynyt ja 20 muiden sisätautien piiriin kuuluvien pitkäaikaissairauksien vuoksi lääkäriä käyneitä. Potku-kehittämishankkeen piiristä valitsimme 50 potilasta koko kevään 2012 ajalta sellaisten

potilaiden joukosta, joille oli tehty hoitosuunnitelma ja jotka olivat saaneet täytettävän lääkelistan sairaalan kutsukirjeen mukana kevään 2012 aikana.

Kyselylomakkeet (100 kappaletta) postitettiin keskiviikkona 16.1.2013 kakkosluokan postina. Kyselylomakkeen mukana kyselyn saaneet saivat palautuskuoren, jonka postimaksu oli valmiiksi maksettu. Sekä kyselyiden että palautuskuorten postimaksuista vastasi tutkimuksen tilaaja. Vastaajia oli saatekirjeessä pyydetty palauttamaan kysely viimeistään 8.2.2013. Määräaikaan mennessä palautui 61 kyselylomaketta. Näin ollen vastausprosentiksi muodostui 61 %. Näistä 61 palautetusta kyselylomakkeesta hylättiin kaksi, koska toinen oli kokonaan täyttämättä ja toinen oli täytetty vain osittain. Kokonaan tyhjän lomakkeen palauttanut henkilö kertoi: ettei hän ollut saanut täytettävää lääkelistaa eikä hänellä ollut sillä hetkellä lääkkeitä käytössä. Osittain täytetyn kyselyn palautti henkilö, jolla ei sillä hetkellä ollut säännöllistä lääkitystä. Jos hänellä olisi ollut lääkitys, hän olisi täyttänyt lääkelistan ja ottanut sen käyttöön.

Kyselytutkimuksen etuna haastatteluun verrattuna oli tässä tutkimuksessa se, että kyselytutkimuksen avulla saatiin kerättyä sekä aiheiltaan että otannaltaan laaja tutkimusaineisto. Tämä säästi vaivannäköä ja aikaa näin laajan aineiston saamiseksi. Huolellisesti laaditun kyselylomakkeen tiedot oli helppo käsitellä tallennettuun muotoon ja analysoida tilastollisesti SPSS for Windows 20 tilastointiohjelmalla. (Hirsjärvi ym. 2000, 182.)

Kyselyistä saatu tutkimusaineisto muokattiin tilastollisesti käsiteltävään muotoon muodostaen aineistosta muuttujat. Tämän jälkeen tutkimusaineisto syötettiin havaintomatriisiin SPSS for Windows 20 ohjelmaan tilastollista analysointia varten. Syöttämisen jälkeen tarkistettiin, että muuttujien nimet ja arvot vastasivat kyselylomakkeessa olevia asioita. Tutkimusaineiston analysointi aloitettiin laskemalla kaikista muuttujista suorat prosenttijakaumat, jonka jälkeen muuttujia ristiintaulukoitiin yksityiskohtaisemman tiedon saamiseksi. Näin aineistosta saatiin mahdollisimman kattavaa tietoa siitä mitä potilaat tietävät omasta lääkehoidostaan ja miten he sitä toteuttavat.

Avoimet kysymykset analysoitiin sisällön analyysiä mukaillen. Avoimiin kysymyksiin saadut vastaukset lajiteltiin kyselylomakkeen teemojen mukaan ja niistä etsittiin

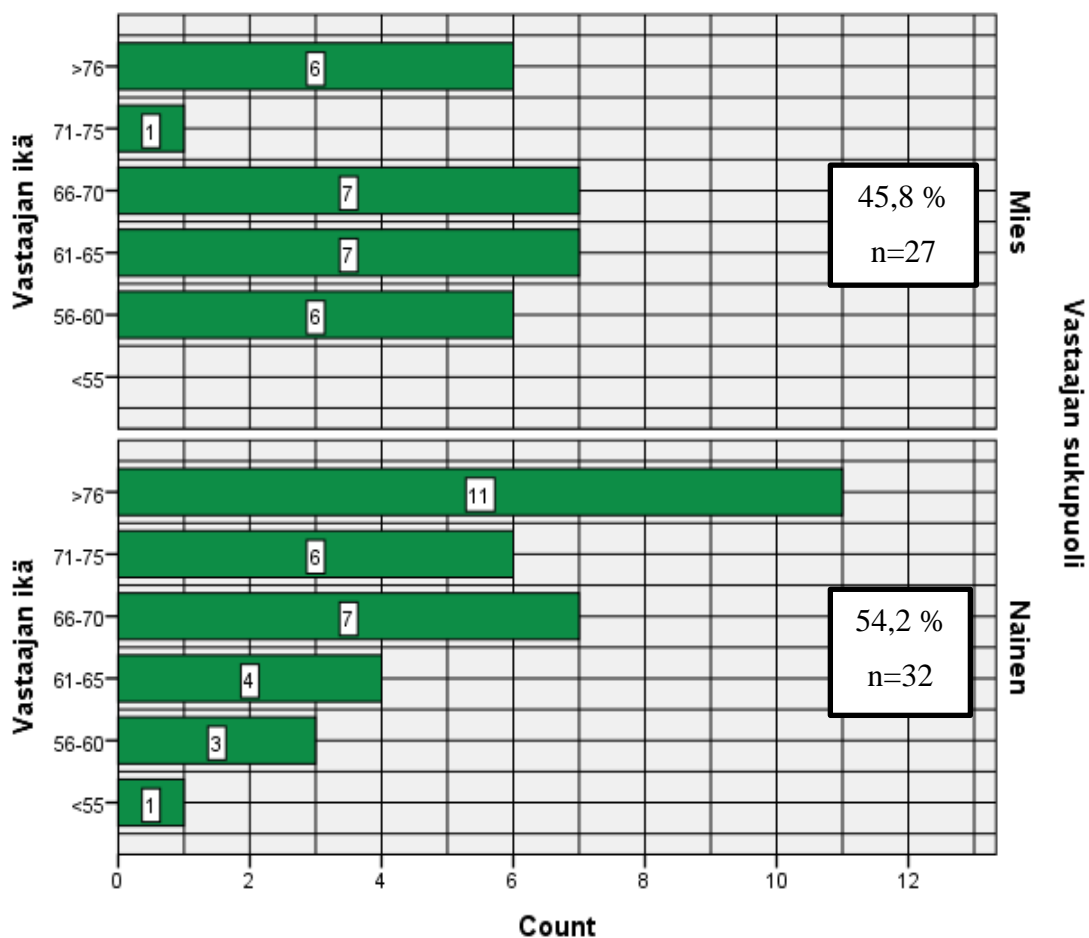
yleisimmin esiin tulevia seikkoja. Avoimista kysymyksistä muodostettiin aluksi informaatiota pelkistämällä aineisto yläluokkiin, alaluokkiin ja yhdistäviin kategorioihin. Tämän jälkeen aineistosta etsittiin samaa asiaa tarkoittavat käsitteet ja yhdistettiin ne sisältöä kuvaavalla nimikkeellä. Viimeisessä vaiheessa avointen kysymysten vastauksista kirjoitettiin yhteenveto alkaen yhdistävästä kategoriasta ala- ja yläluokkien kautta pelkistettyyn ilmaisuun. Osa avointen kysymysten vastauksista nostettiin esille tutkimustuloksissa suorina lainauksina tukemaan tutkimustuloksia. Tutkimustuloksien rinnalla on käytetty myös kyselyyn vastanneiden kirjoittamia kommentteja, jotka eivät liittyneet avoimiin kysymyksiin, mutta joilla oli merkitystä tutkimustulosten näkökulmasta.

5 TUTKIMUSTULOKSET

5.1 Taustatiedot

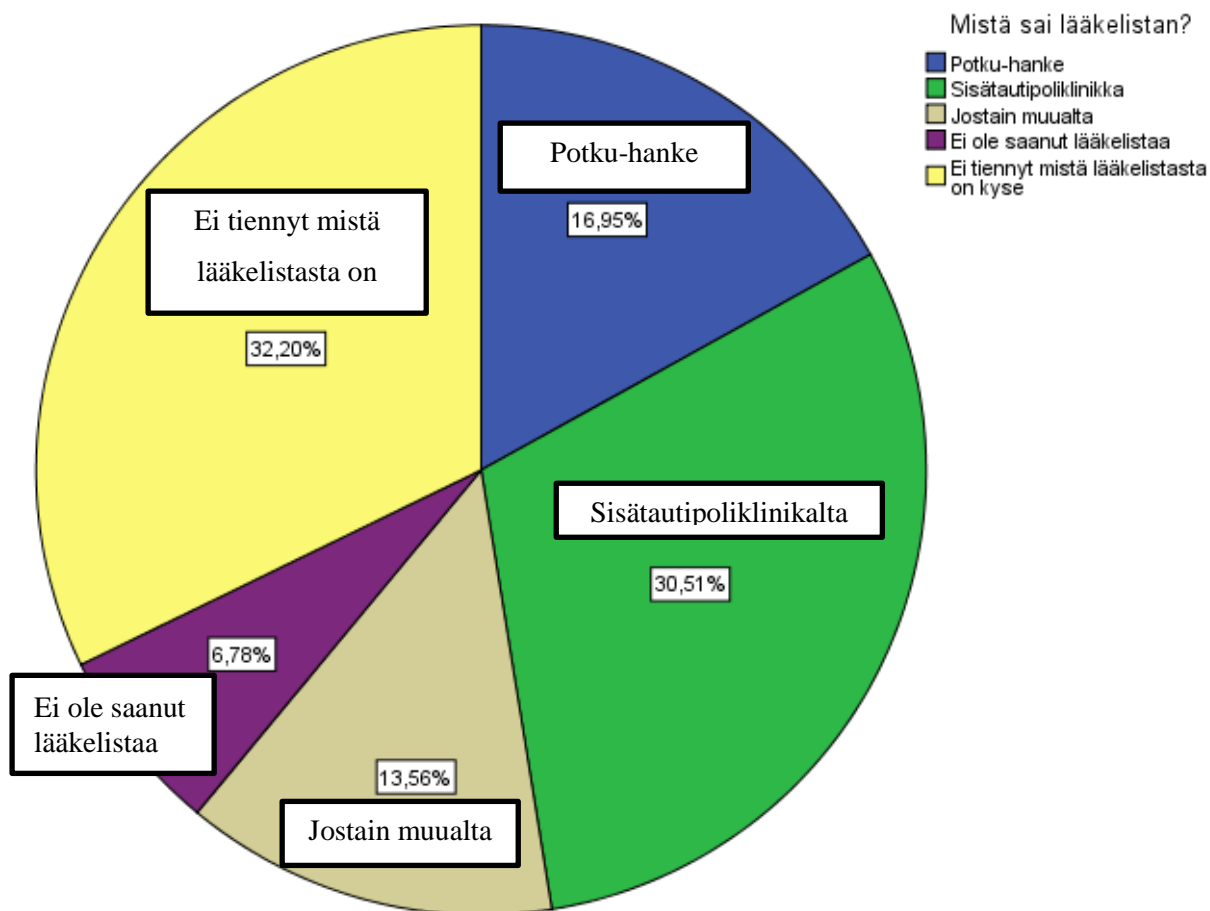
Kyselyyn vastasi 61 vastaajaa, joista tähän tutkimukseen valikoitui 59 vastaajaa. Kahden kyselyn hylkäämisen syynä oli kyselylomakkeen osittainen täyttäminen tai täyttämättä jättäminen. Taustatietoina kyselyssä kartoitettiin kyselyyn vastanneiden sukupuoli, äidinkieli ja ikäjakauma, koska näillä kaikilla asioilla voi olla merkitystä informaation ymmärtämisen suhteen. Pietarsaaren seudulla ruotsinkieli on vahvempi kieli, koska se on useimmiten myös hoitohenkilökunnan äidinkieli. Taustatiedoissa kysyttiin, mistä vastaaja oli saanut kyselylomakkeen, jotta saatiin tietoa täytettävien lääkelistojen lähettämisen vaikutuksesta ja olivatko potilaat sen saaneet. Perussairauksia kysyttiin, jotta saataisiin tietoa siitä onko perussairaudella vaikutusta lääkehoidon toteutumiseen.

Sukupuolen suhteen kyselyyn vastanneet olivat jakautuneet suhteellisen tasan. 54,2 % kyselyyn vastanneista oli naisia (n=32) ja 45,8 % miehiä (n=27). Kyselylomakkeita lähettäessämme emme tienneet varmuudella vastaajien äidinkieltä. Kyselyyn vastanneista äidinkieleltään ruotsinkielisiä oli kaksi kertaa niin paljon kuin suomenkielisiä. Äidinkieleltään ruotsinkielisiä oli kyselyyn vastanneista 67,8 % (n=40), kun taas äidinkieleltään suomenkielisiä oli vain 32,2 % (n=19). Ikäjakaumaa tarkasteltaessa suurimman ryhmän tähän kyselyyn vastanneista muodosti yli 76 vuotiaat, heitä oli 28,8 % vastaajista (n=17). Vain yksi vastaajista oli 55 vuotta tai sitä nuorempi. Toiseksi suurimpana ikäryhmänä oli edustettuna 66–70 vuotiaat 23,7 % vastaajista (n=14). Vastaajista 16,6 % (n=11) oli 61–65 vuotiaita ja melkein saman verran, eli 15,3 % (n=9) oli 56–60 vuotiaita. 11,9 % kyselyyn vastanneista (n=7) oli 71–75 vuotiaita. Kuvioissa count tarkoittaa vastaajien määrää. Seuraava kuvio kuvaa kyselyyn vastanneiden ikäjakaumaa vastaajan sukupuolen mukaan (kuvio4).



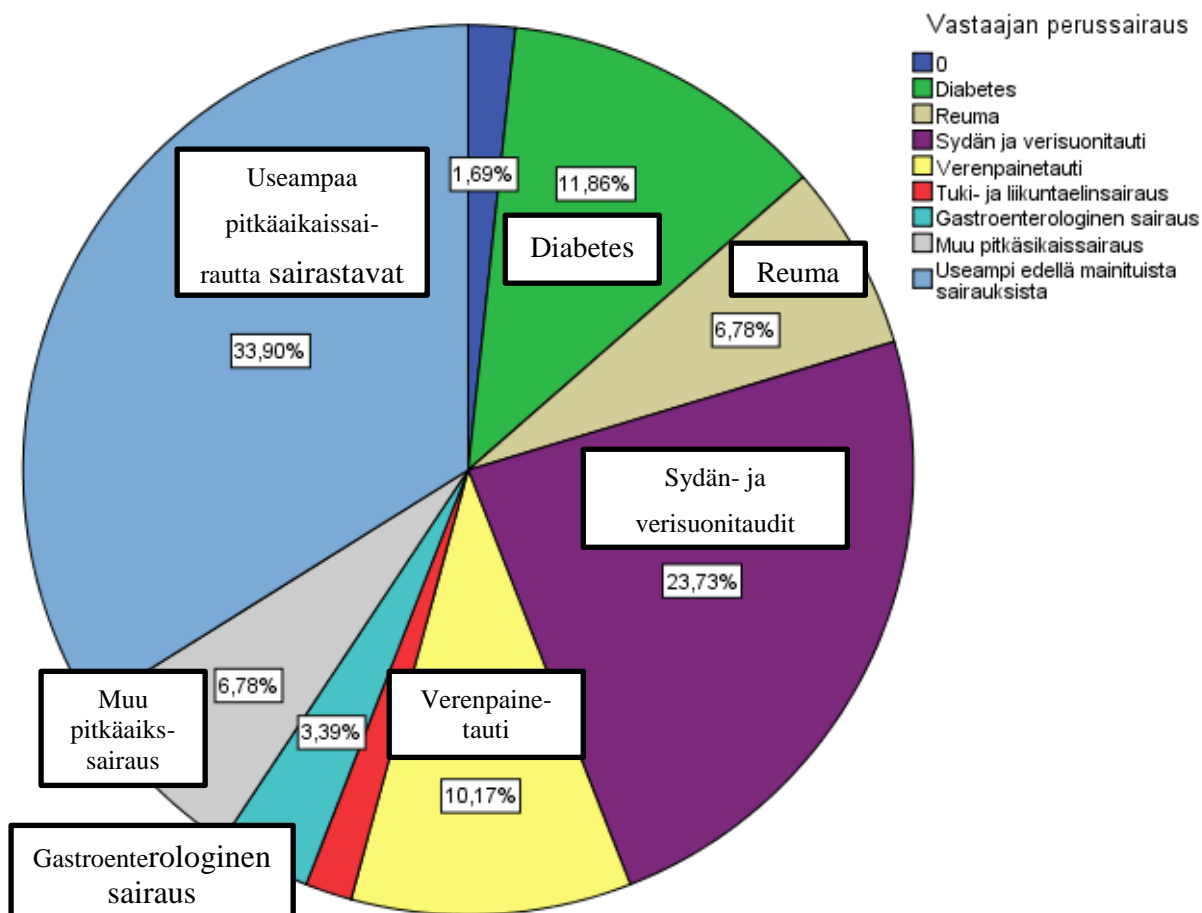
KUVIO 4. Vastaajien ikäjakauma sukupuolen mukaan

Kartoitettaessa sitä mistä kyselyyn vastanneet olivat saaneet täytettävän lääkelistan, jopa 32,2 % vastasi (n=19), ettei tiennyt mistä lääkelistasta oli kyse. 30,5 % kyselyyn vastanneista (n=18) kertoi saaneensa täytettävän lääkelistan sisätautipoliklinikan lähettämän kutsukirjeen mukana. Kun taas vastaajista 16,9 % (n=10) kertoi saaneensa sen Potku-kehittämishankkeen puitteissa lähetetyn kutsukirjeen mukana. 13,6 % kyselyyn vastanneista (n=8) kertoi saaneensa kyselyn jostain muualta. Loput 6,8 % vastaajista (n=4) ilmoitti, ettei ollut saanut kyseistä listaa ollenkaan. Lääkelistan alkuperää kuvataan seuraavassa kuviossa (kuvio 5).



KUVIO 5. Täytettävän lääkelistan alkuperä

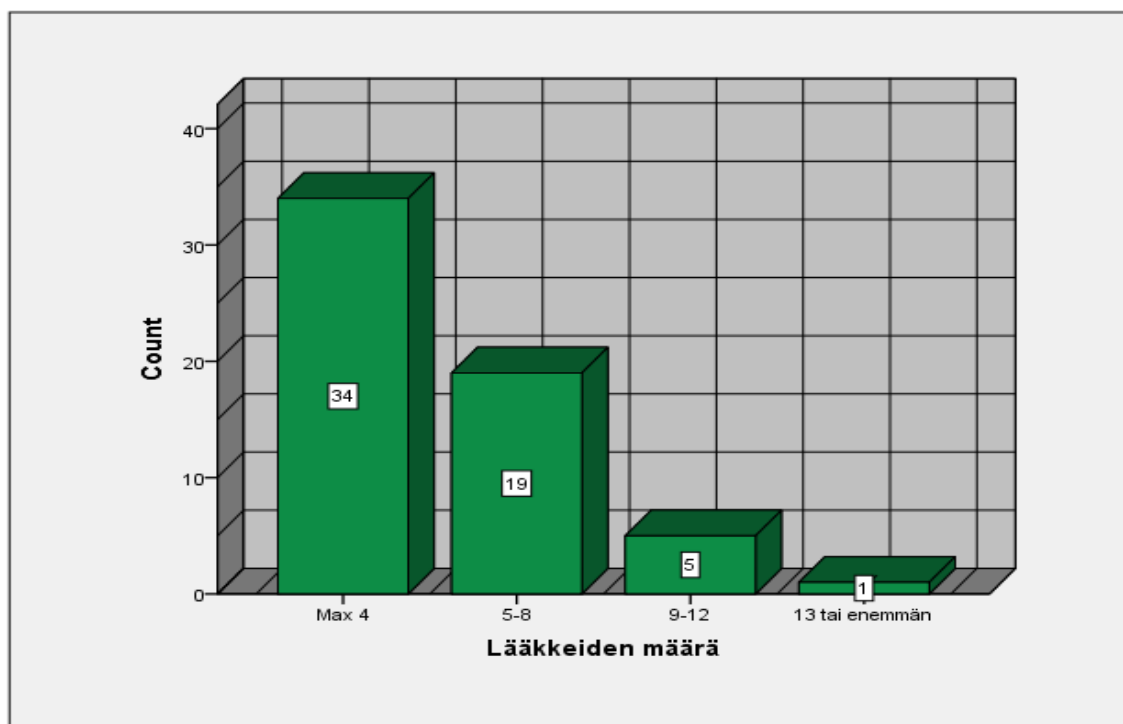
Perussairautta kysyttäessä suurimmaksi ryhmäksi nousivat useampaa pitkäaikaissairautta sairastavat, heitä oli vastaajista 33,9 % (n=20). Toiseksi suurin perussairausryhmäryhmä oli sydän- ja verisuonitaudit, joita sairasti 23,7 % vastanneista (n=14). Diabetesta kyselyyn vastanneista sairastaa 11,9 % (n=7), veranpaineautia 10,2 % (n=6) ja nivelreumaa (n=4). Muuta pitkäaikaissairautta (n=4) sairastaa kutakin 6,8 % vastaajista. Kaksi vastaajaa kertoi sairastavansa gastroenterologista sairautta. Yksi vastaajista kertoi kärsivänsä tuki- ja liikuntaelinsairaudesta ja yksi vastaajista ilmoitti, ettei sairasta mitään pitkäaikaissairautta, vaan hän kertoi käyneensä lääkärissä silmävaivan vuoksi (kuvio 6).



KUVIO 6. Perussairauden kartoitus

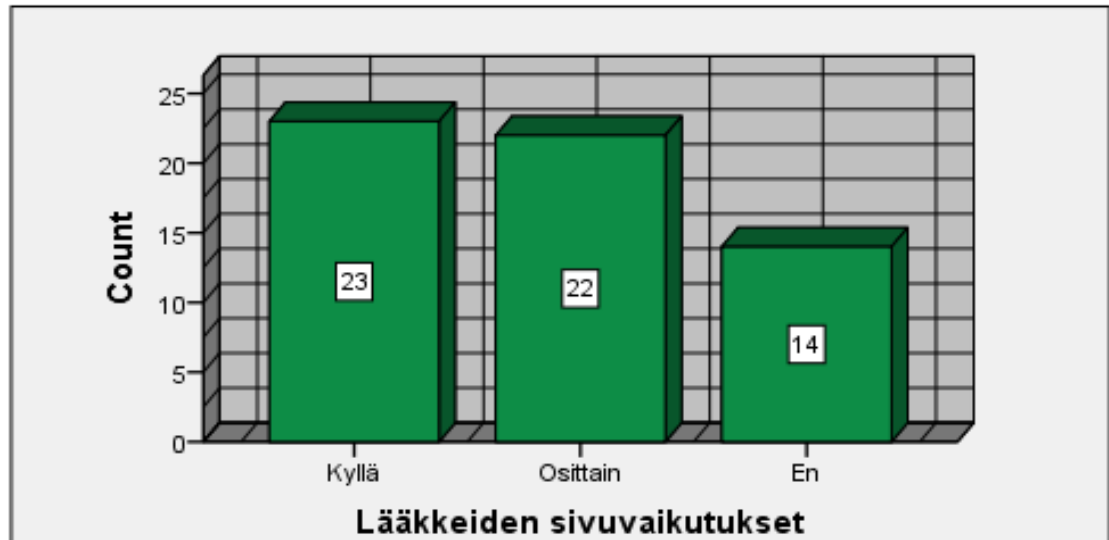
5.2 Lääkehoidon hallinta

Lääkehoidon hallintaa kartoitettiin ensimmäiseksi lääkkeitten määrällä. Kyselyyn vastanneista yli puolet eli 57,6 % (n=34) ilmoitti lääkemääräkseen 0–4 lääkettä vuorokaudessa. Heistä 11 oli ikäryhmästä yli 76-vuotiaat ja loput jakautuivat melko tasaisesti muiden ikäryhmien kesken. 34,2 % vastanneista (n=19) ilmoitti lääkemääräkseen 5–8 lääkettä vuorokaudessa. Heitä oli eniten 61–65-vuotiaiden ikäryhmässä 8,5 % vastaajista (n=5) kertoi käyttävänsä 9–12 lääkettä vuorokaudessa ja vain 1,7 % eli yksi vastaajista kertoi lääkkeitensä määrän olevan enemmän, kuin 13 lääkettä vuorokaudessa. Kuvioissa count tarkoittaa vastausten määrää. Kuvio 7 kuvaa lääkkeitä määrää vuorokaudessa.



KUVIO 7. Kartoitus lääkemääristä vuorokaudessa

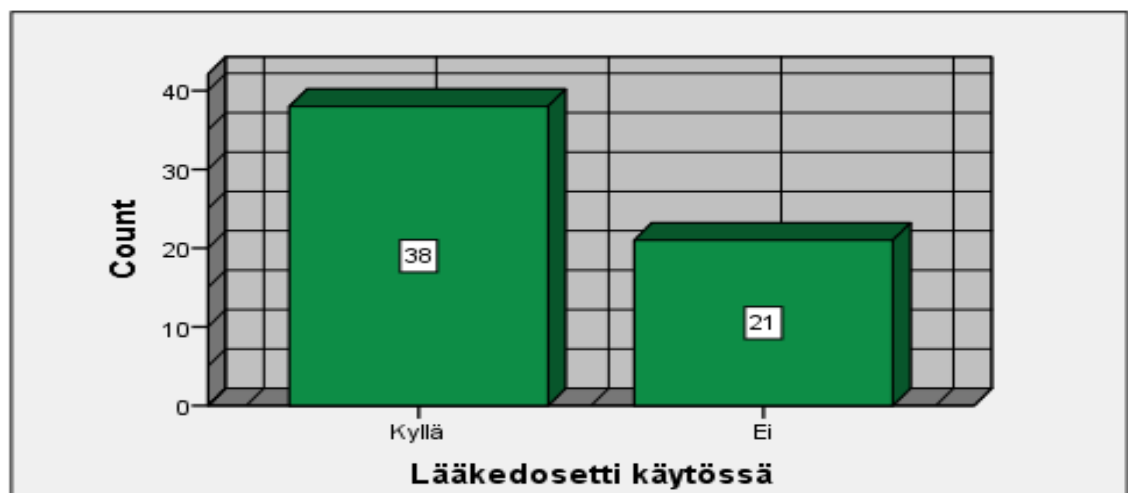
Omien lääkkeitten nimien, vahvuuksien, annostuksen ja käyttötarkoituksen kartoituksessa tulos oli positiivinen. Lääkkeitten nimet olivat hyvin vastaajien tiedossa. Jopa 86,4 % vastaajista (n=51) kertoi tietävänsä lääkkeittensä nimet. Osittain lääkkeittensä nimet tiesi 11,9 % vastaajista (n=7) ja ainoastaan yksi vastaaja kertoi, ettei tiedä lääkkeittensä nimiä. Lääkevahvuuksia kartoitettaessa 76,3 % vastaajista (n=45) kertoi tietävänsä lääkkeittensä vahvuudet. 15,3 % vastaajista (n=9) tiesi lääkkeittensä vahvuudet osittain ja ainoastaan 8,5 % vastaajista (n=5) ei tiennyt lääkkeittensä vahvuuksia. Lääkkeitten annostusta kysyttäessä ainoastaan yksi vastaajista ilmoitti, ettei tiedä lääkkeittensä annostusta. Loput 98,3 % (n=58) kertoi tietävänsä lääkkeittensä annostuksen. Kysyttäessä lääkkeitten käytön tarkoitusta lähes kaikki 96,6 % vastaajista (n=57) kertoivat tietävänsä lääkkeittensä tarkoituksen ja ainoastaan yksi vastaaja kertoi tietävänsä käytön tarkoituksen osittain ja yksi ei tiennyt ollenkaan lääkkeittensä käytön tarkoitusta. Lääkkeitten sivuvaikutuksen hallinta jakoi kyselyyn vastanneiden (N=59) tietämyksen seuraavasti 39 % vastaajista (n=23) kertoi tietävänä lääkkeittensä sivuvaikutukset. 37,3 % vastaajista (n=22) kertoi tietävänsä ne osittain ja jopa 23,7 % vastaajista (n=14) kertoi, ettei tiedä lääkkeittensä sivuvaikutuksia (kuvio 8).



KUVIO 8. Kartoitus lääkkeitensä sivuvaikutusten tietämyksestä

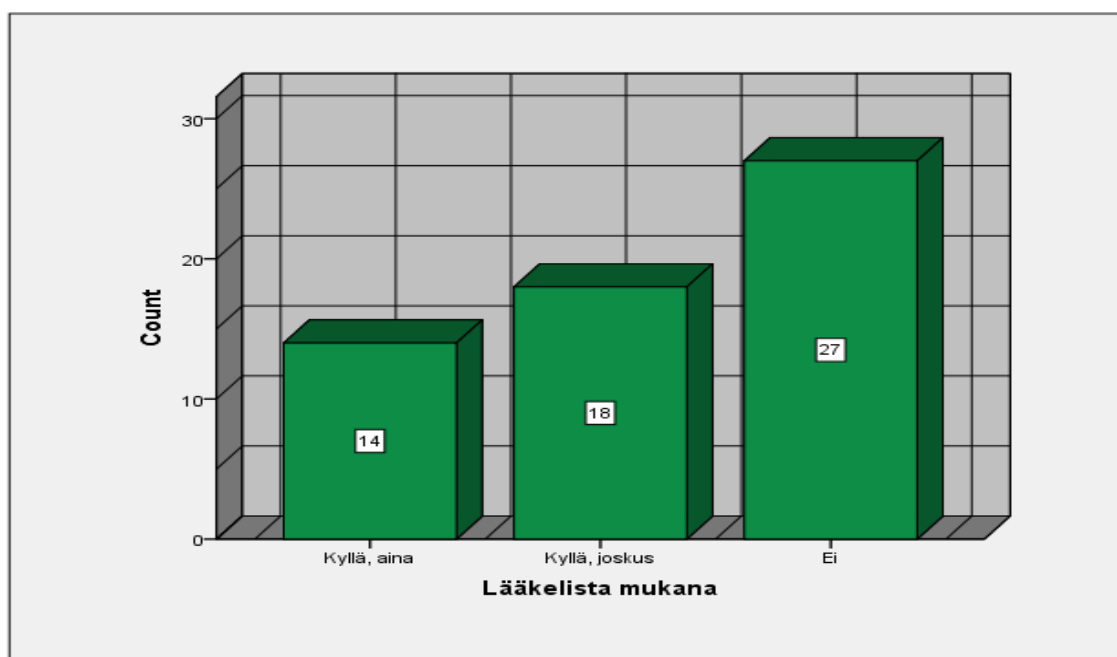
5.3 Lääkehoidon toteutuminen

Kysyttäessä annosteluohjeiden noudattamisesta 89,8 % vastaajista (n=53) kertoi ottavansa lääkkeensä aina annettujen ohjeiden mukaan. Osittain annettujen ohjeiden mukaan lääkkeitään ottaa 6,8 % vastaajista (n=4) ja vain 3,4 % vastaajista (n=2) ei ota lääkkeitään annettujen ohjeiden mukaan. Lääkedosetin käyttöä kartoitettaessa kyselyyn vastanneista 64,4 % (n=38) eli reilusti yli puolet kertoi käyttävänsä lääkedosettia säännöllisesti ja vain 35,6 % (n=21) ilmoitti, ettei heillä ole lääkedosettia päivittäisessä käytössä (kuvi 9).



KUVIO 9. Lääkedosetin käytön kartoitus

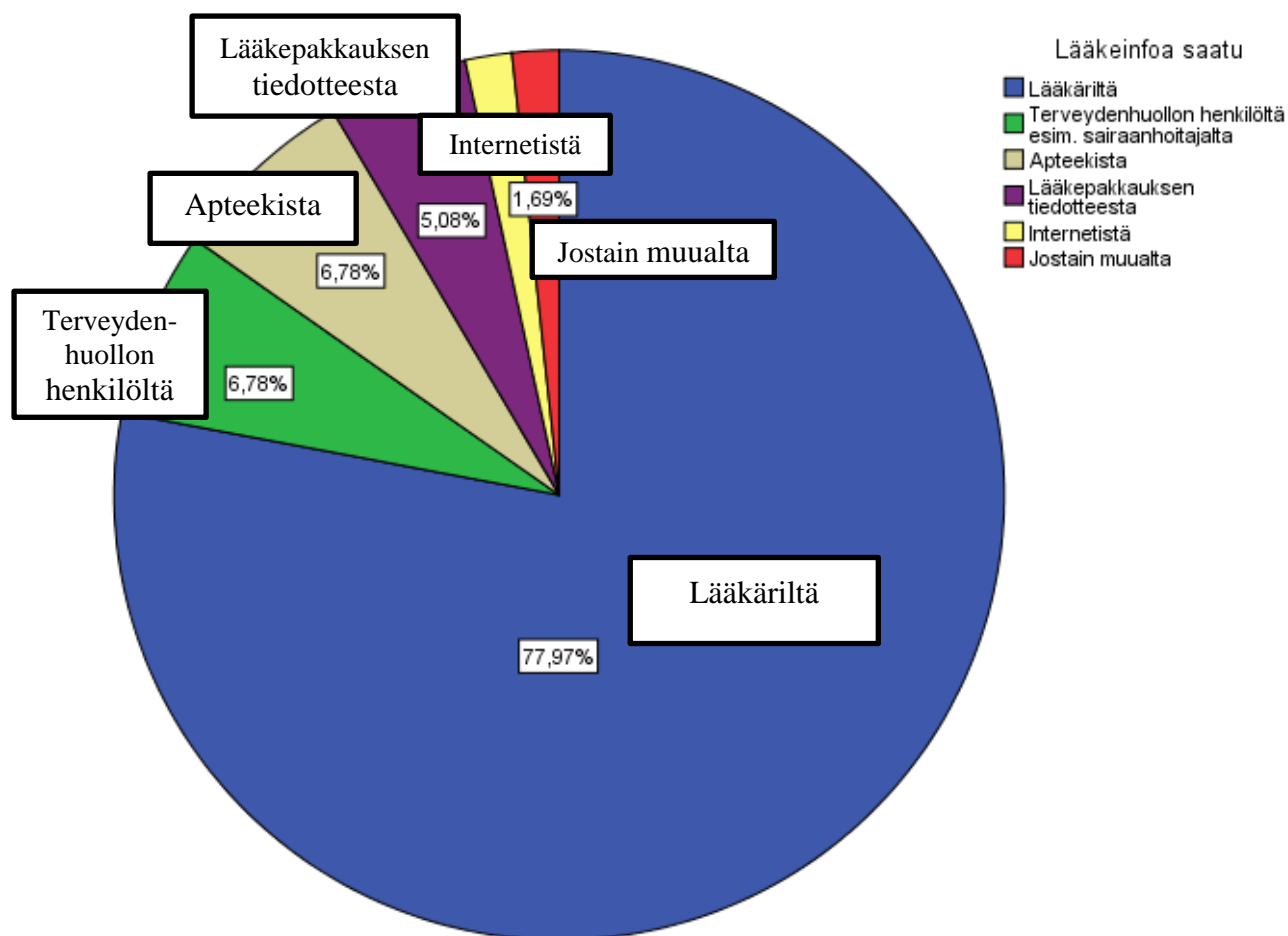
Läakelistan käyttöä kysyttäessä reilusti yli puolet 64,4 % vastaajista (n=38) kertoi käyttävänsä lääkelistaa ja 35,6 % vastaajista (n=21) kertoi, ettei heillä ole lääkelistaa käytössään. Kartoitettaessa pitävätkö vastaajat (N=59) lääkelistaa mukanaan 23,7 % kyselyyn vastanneista (n=14) kertoi pitävänsä lääkelistaa aina mukanaan. Lähes puolet kyselyyn vastanneista 45,8 (n=27) kertoi, ettei pidä lääkelistaa mukanaan ja 30,5 % vastaajista (n=18) kertoi pitävänsä lääkelistaa mukanaan joskus, esimerkiksi apteekissa tai lääkärissä asioidessaan (kuvio 10).



KUVIO 10. Läakelistan mukana pitäminen terveydenhuollossa asioidessa

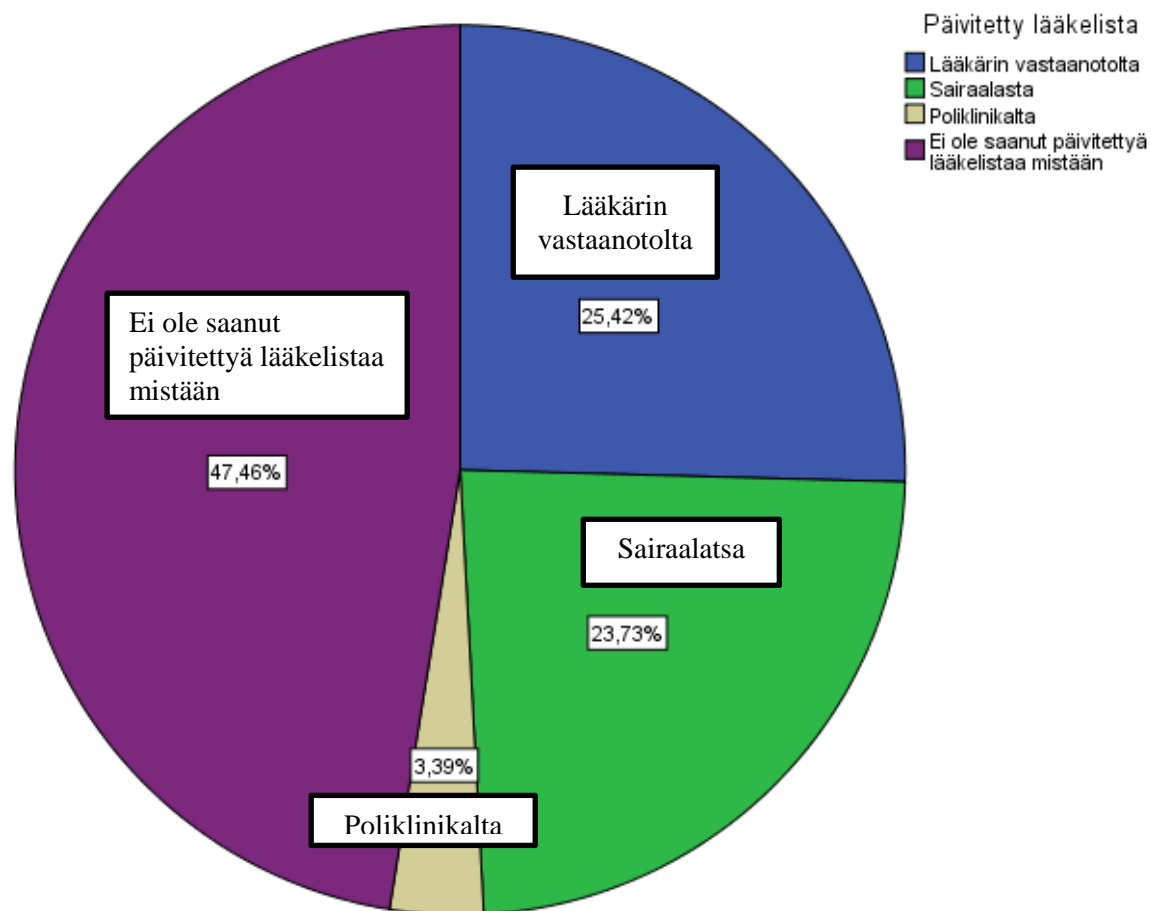
5.4 Tiedonsaanti lääkehoidosta

Kysyttäessä mistä kyselyyn vastanneet (N=59) ovat parhaiten saaneet tietoa lääkehoidostaan 78 % vastaajista (n=46) kertoi saaneensa parhaiten tietoa lääkkeistään lääkäriltä. Vastaajista 6,8 % (n=4) on mielestään saanut parhaiten tietoa lääkehoidostaan terveydenhuollon ammattihenkilöltä, esimerkiksi sairaanhoitajalta ja 6,8 % vastaajista (n=4) on saanut saman tiedon parhaiten apteekeista. 5,1 % vastaajista (n=3) kertoo saaneensa tietoa lääkkeistään parhaiten lääkepakkauksen pakkausselosteesta, 1,7 % vastaajista (n=1) internetistä ja 1,7 % (n=1) jostakin muualta (kuvio 11).



KUVIO 11. Mistä kyselyyn vastanneet ovat parhaiten saaneet tietoa lääkehoidostaan

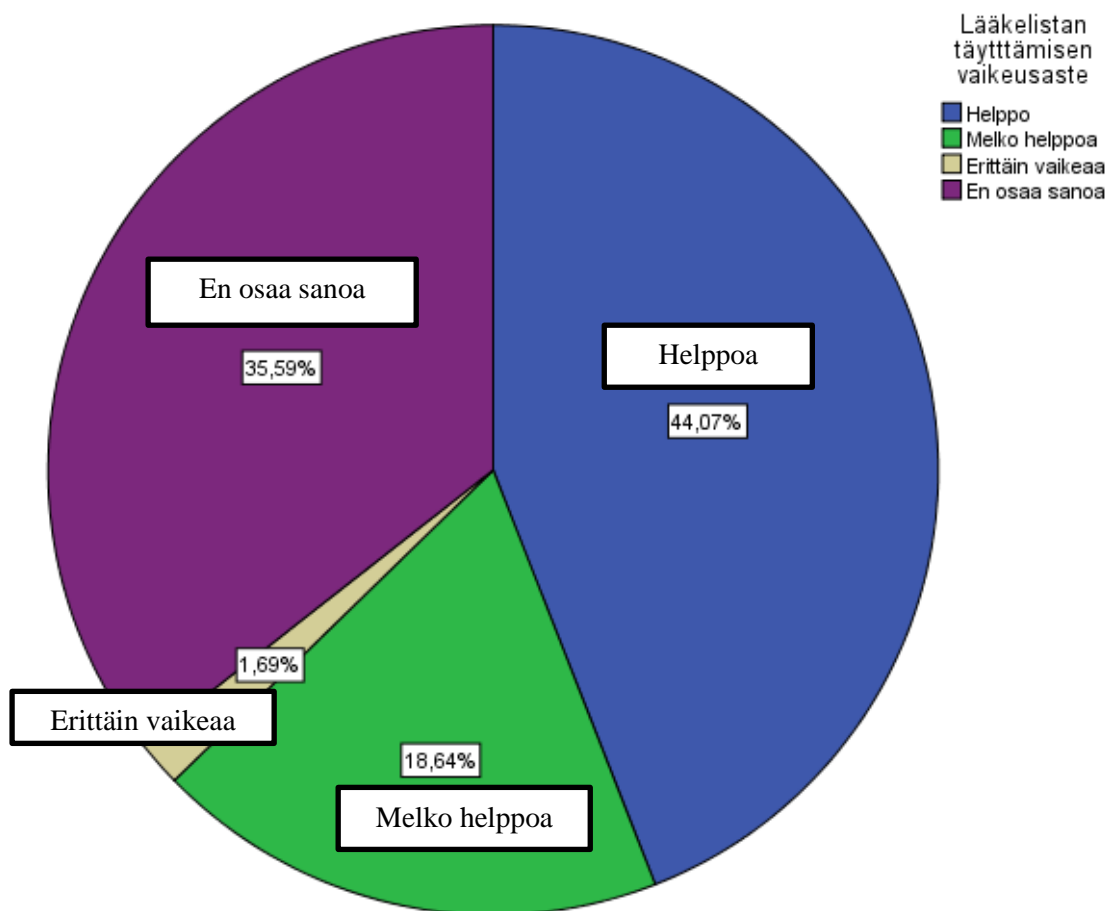
Kysymykseen päivitetystä lääkelistasta lähes puolet kyselyyn vastanneista, eli 47,5 % (n=28) vastaajista kertoi, ettei ole saanut päivitettyä lääkelistaa asioidessaan terveydenhuollossa. 25,4 % kyselyyn vastanneista (n=15) kertoi saaneensa päivitetyn lääkelistan lääkärin vastaanotolta, 23,7 % vastaajista (n=14) sairaalasta ja 3,4 % (n=2) poliklinikalla asioidessaan (kuvio 12).



KUVIO 12. Kartoitus päivitetyn lääkelistan alkuperästä

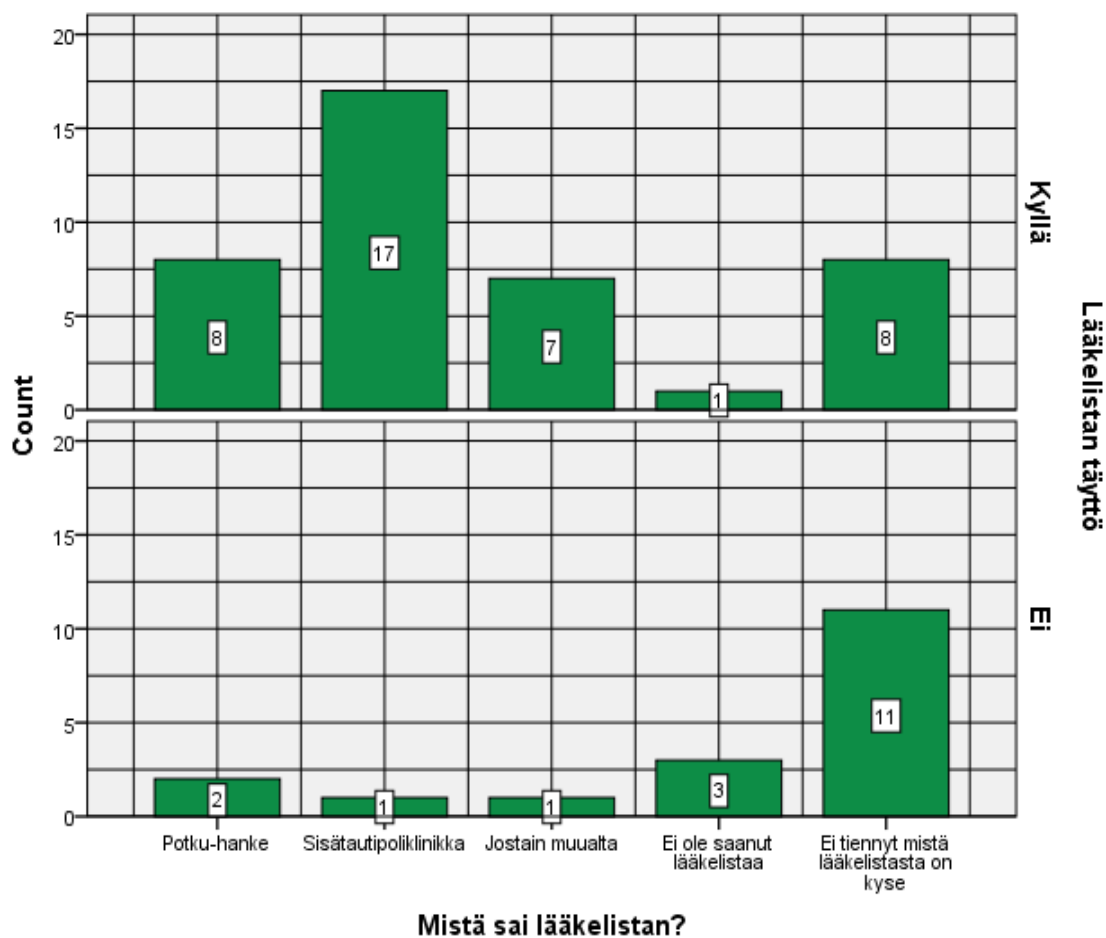
5.5 Kysymyksiä täytettävästä lääkelistasta

Kutsukirjeen mukana tulleen täytettävän lääkelistan täytti 69,5 % kyselyyn vastanneista (n=41). Kyselyyn vastanneista 30,5 % (n=18) ei jostain syystä täyttänyt täytettävää lääkelistaa ollenkaan. Lääkelistan täyttäneistä 41,1 % vastaajista (n= 26) koki täytettävän lääkelistan täytön helpoksi. 18,8 % vastaajista (n=11) melko helpoksi ja ainoastaan 1,7 % eli yksi vastaajista koki täytettävän lääkelistan täytön vaikeaksi. Kyselyyn vastanneista jopa 35,6 % vastaajista (n=21) ei osannut arvioida oliko täytettävän lääkelistan täyttäminen helppoa vai vaikeaa (kuvio 13).



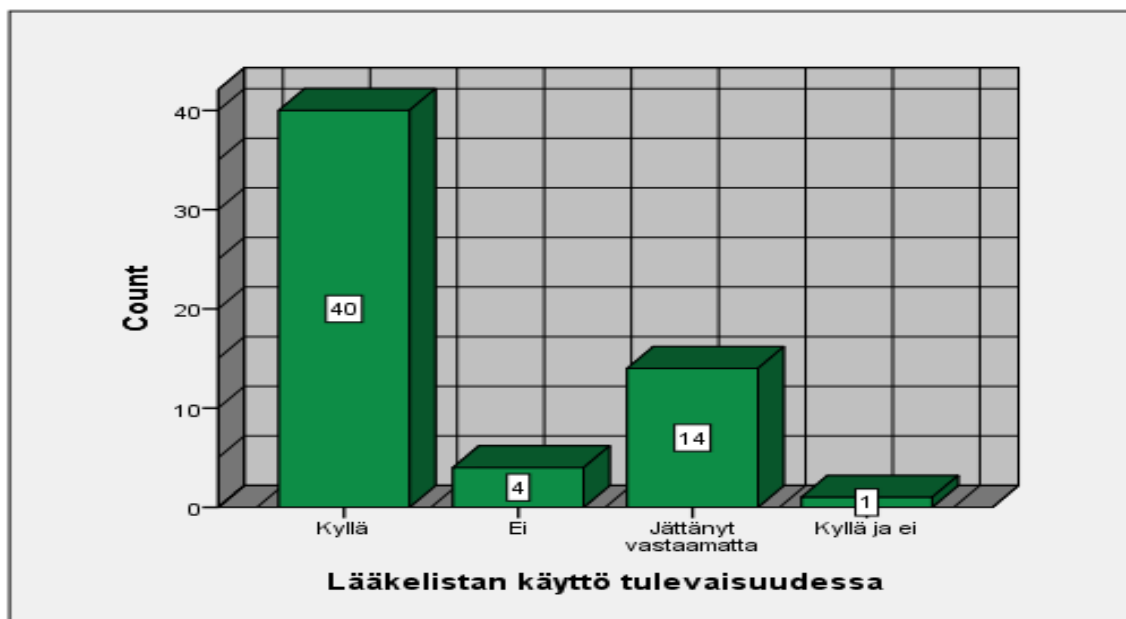
KUVIO 13. Kyselyyn vastanneiden kokemus täytettävän lääkelistan vaikeusasteesta

Tutkimuksen tilaajaa kiinnosti tieto siitä, oliko täytettävän lääkelistan alkuperällä merkitystä sen täyttöasteeseen. Tutkimustuloksia vertailemalla voidaan todeta, että tämä tutkimus ei anna lääkelistan alkuperän ja lääkelistan täyttöasteen suhteesta luotettavaa tietoa. Potku-kehittämishankeen lähettämän kutsukirjeen mukana lähetetyn lääkelista täytti $n=8$ sen saanutta ja kaksi jätti sen täyttämättä. Sisätautipoliklinikan kautta saadun lääkelistan täytti puolestaan $n=17$ kyselyyn vastannut ja vain yksi vastaaja jätti sen täyttämättä. Jostain muulta täytettävän lääkelistan saaneista $n=7$ vastaajaa täytti sen ja yksi jätti täyttämättä. $n=8$ kyselyyn vastannut ei tiennyt mistä lääkelistasta oli kyse, mutta he olivat kuitenkin täyttäneet sen (kuvio 14).



KUVIO 14. Täytettävän lääkelistan alkuperä ja täytön kartoitus

Tulevaisuudessa lääkelistaa tulee käyttämään reilusti yli puolet 67,8 % kyselyyn vastanneista (n=40), kun vain 6,8 % kyselyyn vastanneista (n=4) ilmoitti, ettei tule käyttämään lääkelistaa tulevaisuudessa. 23,7 % kyselyyn vastanneista (n= 14) oli jättänyt vastaamatta tähän kysymykseen ja yksi vastaaja oli vastannut sekä että (kuvio 15).



KUVIO 15. Läkelistan käyttö tulevaisuudessa

5.6 Vastaajien kokemuksia lääkehoidosta

Vastaajien iällä ei tutkimuksen mukaan ole merkitystä lääkkeitten sivuvaikutusten tunnistamisessa. Myöskään verratessa lääkehoidosta saadun tiedon alkuperää tietämykseen lääkkeitten sivuvaikutuksista, tiedon alkuperällä ei näytä olevan merkitystä. Lääkäreiden antaman tiedon saaneet jakautuvat siten, että $n=17$ vastaajista tiesi lääkkeittensä sivuvaikutukset, $n=17$ tiesi ne osittain ja $n=12$ vastaajaa ei tiennyt lääkkeittensä sivuvaikutuksia. Sivuvaikutusten tuntemusta ristiintaulukoitiin eri muuttujien kanssa etsien syytä siihen, miksi sivuvaikutusten tuntemus oli heikkoa. Ainoana selvänä syynä tuli esille vähäinen tiedonsaanti asiasta. Vastaajat kertoivat omin sanoin, etteivät lääkkeitten sivuvaikutukset tahdo pysyä mielessä eikä niistä saa tarpeeksi tietoa. Osa vastaajista oli hyvinkin tietoisia sivuvaikutuksista ja he luettelivat lääkkeittensä sivuvaikutuksista sellaisia, joita olivat itse havainneet. Eräs vastaaja kertoi, ettei ollut huomannut lääkkeitten aiheuttavan hänelle mitään sivuvaikutuksia.

Vastaajien kommentteja:

”Lääkevahvuudet ja sivuvaikutukset eivät tahdo pysyä mielessä.”

”Näyttää, että täysin pitävää tietoa ei saa miltään taholta.”

“Huimausta, yököttävää oloa, väsymystä, palelemista.”

”Har inte märkt av biverkningar.”

Ristiintaulukoidessa perussairautta ja ohjeiden noudattamista selvisi, että ainoastaan diabetesta, reumaa tai verenpainetautia sairastavat poikkeavat annetuista ohjeista ottaa lääkkeitään. Perussairautta ja lääkeohjeiden noudattamista ristiintaulukoitiin, jotta saatiin tietoa siitä, mitkä on ne pitkäaikaissairaus ryhmät, jotka eivät noudata ohjeita täysin annettujen ohjeiden mukaan. Tällä tiedolla pyritään edistämään oikeiden sairausryhmien tehokkaampaa lääkeohjausta. Osittain annettujen ohjeiden mukaan lääkkeitään ottavat kertoivat sen johtuvan siitä, että he joutuvat säätämään lääkitystään verenpaineen vaihtelun tai verensokeriarvojen mukaan.

Vastaajien kommentteja:

”Joskus joudun ottamaan vähän lisää verenpainelääkettä”

”Ifall sockret låg eller hög.”

Verratessa lääkkeitten määrää ja lääkedosetin käyttöä ilmeni, että 0–4 lääkettä vuorokaudessa käyttävistä n=17 kyselyyn vastannutta käytti lääkedosettia ja saman verran n=17 vastanneista ei käyttänyt lääkedosettia päivittäin. 5–8 lääkettä vuorokaudessa käyttävällä n=16 on lääkedosettia käytössään, ja ainoastaan kolme kyselyyn vastanneista ilmoitti, ettei käytä lääkedosettia. Lääkkeitten määriä ja lääkedosetin käyttöä ristiintaulukoitiin, jotta saatiin tietoa siitä oliko lääkkeitten määrällä merkitystä lääkedosetin käyttöön. Tarkentavana kysymyksenä kysyttiin, miten ne, jotka eivät käytä lääkedosettia annostelevat lääkkeensä. Suurin osa kertoi ottavansa lääkkeensä suoraan lääkepakkauksista. Osa kyselyyn vastanneista oli kehittänyt omia menetelmiä annostella lääkkeitänsä. Yksi vastaajista kertoi laittavansa viikon lääkkeet purkkiin, josta ottaa ne kunnes ne loppuvat sunnuntaina. Toinen vastaaja kertoi annostelevansa lääkkeitänsä aamuisin erivärisiin lääkekuppeihin, joista ottaa ne päivän mittaan. Yksi vastaaja kertoi säilyttävänsä kaikki lääkkeitänsä keittiön ylälaatikossa ja ottavansa lääkkeitänsä sieltä suoraan lääkepakkauksista.

Vastaajien kommentteja:

"Purkista suoraan."

"Tar dom direkt ur förpakningar."

"3 medicinkoppar-morgon-middag-kväll(en blå-en vit-en röd)."

"Jag förvarar alla mina mediciner i en låda och fyller dosetten med medicinerna en gång i veckan."

"Säter en veckas behov i burk -> slut på söndag dosett?!"

"Jag har alla mina medicier i översta kökslådan och tar dem direkt från medicinförpakningarna."

Kysyttäessä miksi vastaajat eivät pidä lääkelistaa mukanaan esimerkiksi terveydenhuollossa tai apteekissa asioidessaan he perustelivat asiaa sillä, ettei hellä ole monta lääkettä käytössä, että heillä ei ole lääkelistaa tai että he muistavat lääkkeensä ilman lääkelistaa. Pari vastaajaa pitäisi lääkelistaa mukanaan, jos se löytyisi lompakkoversiona.

Vastaajien kommentteja:

"Ei ole lääkelistaa."

"Läakelista voisi olla paremmin mukana pidettävissä koossa esim. pieni kortti tms. joka sopis lompakkoon, nyt se on A4 koossa"

"Yhden lääkkeen muistan ilman listaa."

"Finns på darorn! Internet"

"Inte i fickformat."

"Jag har dem i minnet."

"Jag har ingen medicinlista"

Kun, kysyttiin mitä hyötyä lääkelistasta kyselyyn vastanneille on. Suurin osa oli sitä mieltä, että lääkelista toimii muistin tukena lääkehoitoa toteutettaessa ja terveydenhuollossa asioidessa. He kertoivat, että lääkelistasta voi tarvittaessa tarkistaa lääkkeitten nimet, vahvuudet ja annostuksen. Useampi kyselyyn vastanneista käytti lääkelistaa apuna lääkedosettia täyttyessään.

Vastaajien kommentteja:

”Auttaa muistamaan käytettävien lääkkeitten nimet ja annostukset”

”Saa näyttää asioidessa terveyshuollossa eikä tarvitse muistella.”

”Ei tarvitse lääkärissä selittää.”

”Voin siitä tarvittaessa tarkistaa mitä lääkkeitä käytän.”

”Pysyy tiedot ajan tasalla.”

”Minulla ei ole lääkelistaa”

Kun päivitetyn lääkelistan saaneilta kysyttiin, tulevatko he tulevaisuudessa käyttämään lääkelistaa heistä $n=27$ kertoi käyttävänsä tulevaisuudessa lääkelistaa ja ainoastaan $n=4$ kertoi, ettei tule käyttämään tulevaisuudessa lääkelistaa lääkeshoitonsa tukena. Vastaajat, jotka eivät tule käyttämään lääkelistaa, perustelivat sillä, että heillä ei ole lääkelistaa tai että heillä on niin vähän lääkkeitä päivittäisessä käytössä, ettei lääkelistan käyttö ole tällä hetkellä ajankohtaista.

Vastaajien kommentteja:

*”Koska käytän vain yhtä lääkettä siitä tosin kahta vahvuutta.
Ehkä, jos muisti huononee.”*

”Om jag får i ett sånt format att den håller och ryms i plåmboken”

”Här har jag ingen åsikt eftersom jag inte vet hur en medicinlista är uppbyggd.”

Vastaajien subjektiivinen kokemus lääkehoidon tietämyksestä ja lääkehoidon toteutumisesta oli enimmäkseen positiivinen. Iällä tai sukupuolella ei tässä tutkimuksessa ollut merkitystä lääkehoidon tietämykseen tai toteutukseen. Päivitetyllä lääkelistalla ja/tai lääkeinformaation saannilla sen sijaan oli vaikutusta lääkehoidon tietämykseen ja toteutukseen.

6 POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET

6.1 Eettisyyden ja luotettavuuden arviointi

Eettisten kysymysten tulisi olla läsnä koko tutkimusprosessin ajan, aiheen ja näkökulman valinnasta lähtien. Eettisyyden tulee sisältyä myös aineiston hankintaan, käsittelyyn, analysointiin sekä raportointiin. (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen, 1998, 28–31.) Eettisyyden periaatteen mukaan tutkimuksen tulee olla siihen osallistuville vapaaehtoista ja heillä tulee niin halutessaan olla mahdollisuus keskeyttää tutkimuksen tekeminen missä tahansa tutkimuksen vaiheessa. (Kuula 2006, 107.) Eettisyyttä tässä tutkimuksessa tuki tutkimukseen osallistumisen vapaaehtoisuus sekä tutkimukseen osallistuvien yksityisyyden ja anonymiteetin säilyminen koko tutkimuksen ajan. Tämä tutkimus on tehty hyvää tieteellistä käytäntöä noudattaen ja tutkimukseen tarvittava lupa on anottu asianmukaisesti. Kyselylomakkeilla kerätyt tiedot on säilytetty ja käsitelty huolellisesti koko tutkimusprosessin ajan ja ne tuhotaan heti tämän raportin valmistumisen jälkeen. Tutkijan ennakkokäsitysten ei ole annettu vaikuttaa tutkimustuloksen raportointiin vaan asiat on raportoitu siten, kun ne aineistossa ilmenivät. Tutkimusraportin valmistuttua se on vapaasti saatavilla sähköisessä muodossa Theseus.fi tietokannasta. Arvioni opinnäytetyöstä prosessina on, että se on ollut ajoittain haastavaa. Alkuun pääseminen ja teorian hiominen oli työläs ja aikaa vievä vaihe. Työn tilaajien toiveiden ja koulun asettamien tavoitteiden yhteensovittaminen vaati kaikkia osapuolia tyydyttävien kompromissiratkaisujen löytämistä. Kahden kielen käsitteleminen rinnakkain toi työn tekemiseen omanlaisensa haasteet. Lisähaasteita tähän prosessiin toi myös kesken opinnäytetyön tekemisen työelämän edustajan opinnäytetyötä ohjaavan vastuuhenkilön vaihtuminen.

Tutkimuksen tieteellisestä luotettavuudesta ja pätevyydestä puhuttaessa, käytetään käsitteitä *validiteetti* ja *reliabiliteetti*. Kumpikin tutkimuksen luotettavuusnäkökulma on tärkeä, mutta käsitteenä validiteetti on laaja-alaisempi ja koskee kaikkea tutkimustyötä, sekä määrällistä ja laadullista tutkimusta että myös realistista evaluaatiota. Perinteisesti validiteetillä tarkoitetaan tutkimuksen kykyä selvittää sitä ilmiötä, mitä sillä on tarkoitus

selvittää. Ennen tutkimuksen tekemistä tutkijan tulee pohtia menetelmän valitaa siltä pohjalta, millasta tietoa tutkimuksella haetaan. Tutkimusmenetelmän tulee tehdä oikeutta tutkittavan ilmiön olemukselle ja kysymyksenasettelulle. (Hirsjärvi ym. 2005, 213–215; Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1998, 206–209.) Valitsin tutkimusmenetelmäksi kvantitatiivisen kyselytutkimuksen, koska se oli luotettavin tapa saada suuri määrä tietoa suurelta joukolta ihmisiä samanaikaisesti. Tässä tutkimuksessa tutkimustulosten luotettavuutta on pyritty parantamaan avointen kysymysten liittämällä kyselylomakkeeseen. Tavoitteena oli saada tarkempia vastauksia lääkehoidon toteuttamisesta. Tämän menetelmän avulla sain vastauksen tutkimuksenasettelussa esittämiini kysymyksiin. Teoriavalditeettia tutkimuksessani lisäsi kirjallisuuskatsauksen tekeminen, mikä antoi ennakkokäsityksen siitä, miten pitkäaikaissairaat toteuttavat lääkehoitoaan. Luotettavuuden kannalta on tärkeää, että otos on kattava ja tarpeeksi suuri ja, että vastausprosentti on korkea (Heikkilä 2004, 188). Vastausprosentiksi saatu 61 % on tässä kyselytutkimuksessa hyvä tulos, mikä omalta osaltaan lisää tutkimuksen luotettavuutta.

Tutkimukseni aihe nousi esille kun, Potku-kehittämishankkeen vetäjät tekivät hoitosuunnitelmia pitkäaikaissairautta sairastaville. Tässä yhteydessä kävi ilmi, etteivät läheskään kaikki pitkäaikaissairaat tiedä omaa lääkitystään eivätkä käytä lääkelistaa lääkehoidon apuna. Tässä tutkimuksessa selvitettiin, mitä pitkäaikaissairautta sairastavat tietävät omista lääkehoidostaan ja miten he sitä omatoimisesti toteuttavat. Oman tutkimukseni tulokset ovat monelta osin yhteneväisiä aikaisempien tutkimustulosten kanssa, mutta myös selviä eroja löytyy. En usko, että tämän tutkimuksen tuloksia voidaan yleistää kohderyhmän ulkopuolelle kovinkaan laajasti, vaan ne kuvaavat parhaiten, juuri tämän kohderyhmän tietämystä omasta lääkehoidostaan. Tutkimukseen osallistuneet kuitenkin, kokivat tuntevansa oman lääkehoidonsa ja osaavansa toteuttaa sen. Kysymykseksi jäi, saatiinko täällä kyselytutkimuksella paras mahdollinen tulos asiasta kun, ennakkokäsitys oli etteivät pitkäaikaissairaat läheskään aina tiedä omaa lääkitystään. Käsite reliabiliteetti kuuluu yleensä kvantitatiiviseen tutkimukseen ja, sillä viitataan tutkimusmenetelmän kykyyn antaa, ei sattumanvaraisia tuloksia Reliabiliteetti tarkoittaa tutkimuksen tarkkuutta. Tulokset eivät saa olla sattumanvaraisia, vaan luotettavalta tutkimukselta vaaditaan toistettavuutta samanlaisin tuloksin. (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1998, 209). Jotta saadaan luotettavia tuloksia, on varmistettava, että kohderyhmä edustaa koko tutkittavaa perusjoukkoa. (Heikkilä 2004, 30.) Tämän

kyselyn mittari antoi tietoa, siitä mitä kyselyyn vastanneet omasta mielestään tietävät omasta lääkehoidostaan ja miten he sitä toteuttavat. Tutkimustulokset ovat toki vastaajien subjektiivisia kokemuksia, siitä miten he kokevat oman lääkehoitonsa toteutumisen, ei siitä miten lääkehoito todellisuudessa toteutuu. Voi olla, että tutkimustulos olisi ollut erilainen, jos tutkimus olisi tehty laadullisena haastattelututkimuksena. Tämä tutkimus ei vastaa siihen, tiesivätkö kyselyyn vastanneet oikeasti lääkkeitensä nimet, vahvuudet, annostuksen ja käyttötarkoituksen. Vastauksista näkyy vain yksisanaiset *kyllä*, *osittain* tai *ei*. Sanallisena vastauksena nämä asiat olisivat tulleet ilmi. Kysymys, johon odotettiin vastausta siitä, mistä kyselyyn vastanneet olivat saaneet täytettävän lääkelistan, ei tässä tutkimuksessa antanut haettua tietoa. Kutsujen mukana lähetetyt täytettävät lääkelistat oli lähetetty potilaille joko Potku-kehittämishankkeen tai sisätautipoliklinikan kutsukirjeen mukana. Vastausvaihtoehtoja ei ollut annettu valmiiksi. Vastauksen sai kirjoittaa vapaasti, mutta läheskään kaikki kyselyyn vastanneet eivät ymmärtäneet kysymystä. Tähän kysymykseen ei esitestauksessa vastattu, koska esitestaukseen osallistuneet potilaat saivat täytettävän lääkelistan tutkimuksen tekijältä. Tutkimuksen tilaaja olisi ollut kiinnostanut täytettävän lääkelistan alkuperän merkityksestä lääkehoidon tuntemisen suhteen, koska Potku-kehittämishankkeen hoitosuunnitelmien yhteydessä on potilaiden kanssa systemaattisesti paneuduttu heidän ajankohtaiseen lääkehoitoonsa. Lääkehoidon läpikäyminen sisätautipoliklinikalla on useinmiten ollut lääkärin tehtävä, kun Potku-kehittämishankkeen puitteissa sen on pääasiassa tehnyt sairaanhoitaja.

6.2 Lääkehoidon toteutumisen arviointi

Taustatiedoissa kartoitettiin ikää, sukupuolta ja äidinkieltä. Näillä taustatiedoilla ei tämän tutkimuksen mukaan ollut vaikutusta tutkimusten tuloksiin. Mielenkiintoista oli kuitenkin se, että kaikki 61–65-vuotiaat vastaajat olivat ruotsinkielisiä. Ikäjakauman kertoi myös sen, että miehiä oli enemmän nuoremmissa ikäluokissa eikä ruotsinkielisiä miehiä ollut lainkaan ikäryhmässä 71–75-vuotiaat. Taustatietoihin kuului myös kysymys, mistä vastaajat olivat saaneet täytettävän lääkelistan. Ristiintaulukoinnissa ei tullut esille seikkoja, jotka olisivat kertoneet oliko lääkelistan alkuperällä vaikutusta

lääkehoidon toteutumiseen. Myöskään perussairaudella ei ollut selvää yhteyttä siihen, miten vastaajien lääkehoito toteutui.

Kyselyyn vastanneiden lääkkeitten määrän vähyys oli aika yllättävää. Se voi osittain olla syynä siihen, että vastaajien subjektiivinen kokemus oli, että he osaavat hoitaa oman lääkehoitonsa. Lääkkeitten todellinen tuntemus ei välttämättä ole ihan sama, kuin se miten se tässä tutkimuksessa ilmeni. On helppo vastata kyllä, osittain tai ei, kun ei tarvitse kertoa lääkkeittensä nimiä, vahvuuksia, annostusta ja tarkoitusta sanallisesti.

Tutkimuksessa sivuvaikutusten tuntemus myönnettiin vaikeaksi. Eikä se ole ihme, koska sivuvaikutusten tuntemus on vaikeaa myös terveydenhuollon ammattilaisille. Tutkimuksessa näkyy selvästi se, ettei sivuvaikutuksista systemaattisesti informoida. Tämä on varmaan tietoinen valinta, koska sivuvaikutusten tietämys voi johtaa siihen, ettei lääkkeitä uskalleta käyttää.

Positiivista oli, että lääkitysohjeita noudatettiin pääsääntöisesti hyvin. Myös ne diabeetikot ja verenpainetautia sairastavat jotka, eivät aina noudata lääkärin antamia lääkitysohjeita osasivat perustella sen, miksi he eivät noudata täysin annettuja ohjeita. Positiivista oli myös se, että läkehoidon tukena käytetään lääkedosettia ja lääkelistaa vaikka monella vastaajista oli käytössään maximissaan vain 4 lääkettä. Syy siihen, ettei lääkelistaa pidetä mukana terveydenhuollossa asioidessa johtuu osittain informaation puutteesta. Vastaajat luulivat, että sairaalan tietokoneelta näkyy kaikki heidän lääkkeensä. Lääkelistan mukana pitäminen koettiin turhana.

Tietoa läkehoidostaan kyselyyn vastanneet olivat saaneet parhaiten lääkäriltä. Syy tähän tulokseen ei käy ilmi tästä tutkimuksesta. Mutta tulevaisuudessa hoitohenkilökunnan tulee kiinnittää enemmän huomiota siihen minkälaista lääkähoidon tietoa he potilailleen jakavat. Päivitettyjen lääkelistojen puuttuminen lähes puolelta kyselyyn vastanneista oli yllättävää, koska lääkelistojen päivittäminen on ollut systemaattista hoitosuunnitelmien tekemisen yhteydessä. Vastaajat suhtautuivat kuitenkin positiivisesti lääkelistan käyttöä kohtaan ja osaavat käyttää sitä läkehoidon tukena. Kutsukirjeen mukana saadun lääkelistan täyttäneet kokivat lääkelistan täytön helpoksi, joten sen käyttämisenkään ei pitäisi olla vaikeaa.

Kirjallisuuskatsauksen tutkimusten ja tämän tutkimuksen tuloksia verratessa löytyy sekä yhtäläisyyksiä ja eroja. Samoin kun Lumme-Sandtin (2002) tutkimuksessa, myös tässä tutkimuksessa pitkäaikaissairautta sairastavat arvioivat osaavansa toteuttaa oman

lääkehoitonsa. Lähes kaikki kyselyyn vastanneet tiesivät lääkkeittensä nimet, vahvuudet, annostuksen ja lääkkeittensä käyttötarkoituksen. Pitkälän & Savikon (2006) tutkimuksessa esimerkiksi tietämättömyys lääkkeen tarkoituksesta ja haittavaikutuksista tuli selvästi esiin. Heidän tutkimuksen mukaan vain puolet potilaista käyttää lääkkeitään annettujen ohjeiden mukaisesti. Tämä tutkimustieto poikkeaa oman tutkimukseni tuloksista kaikilta muilta osin paitsi lääkkeitten sivuvaikutusten tuntemisen suhteen. Kyselyyn vastanneet jakautuivat melko tasaisesti niihin, jotka tiesivät lääkkeittensä sivuvaikutukset, niihin jotka tiesivät ne osittain tai eivät ollenkaan. Tutkimuksessa näkyi selvästi myös päivitetyn lääkelistan merkitys omien lääkkeitten sivuvaikutusten tuntemisessa. Ne, jotka eivät olleet saaneet päivitettyä lääkelistaa, tiesivät lääkkeittensä sivuvaikutukset huonommin, kuin päivitetyn lääkelistan saaneet. Myös Sungin ym. (2009) tutkimuksen mukaan potilaat, joilla on päivitetty lääkelista, toteuttavat lääkehoitoa paremmin kuin ne, joilla ei ole käytössä minkäänlaista lääkelistaa.

Suurin osa kyselyyn vastanneista ottaa lääkkeensä annettujen ohjeiden mukaan. Poikkeuksena ovat sellaiset kyselyyn vastanneet, joilla on jokin perussairaus, jonka lääkehoidon vaikutusta täytyy seurata mittauksin (esim. verenpaine tai verensokeri). Kuten Lumme-Sandtin (2002) tutkimuksessa, myös omassa tutkimuksessani lääkärit nähtiin lääkkeitten käytön asiantuntijoina, mutta silti pitkäaikaissairaajat korostivat omaa aktiivisuuttaan lääkityksen suhteen. Reilusti yli puolet kyselyyn vastanneista kertoi käyttävänsä lääkelistaa, mutta sen mukana pitäminen esimerkiksi lääkärikäynneillä oli hyvin vähäistä. Samoin kuin Sungin ym. (2009) tutkimuksessa, myös tässä tutkimuksessa merkittävä määrä potilaista oli halukkaita käyttämään lääkelistaa. Pitkälän & Savikon (2006) tutkimuksen mukaan oli nähtävissä, että epäselvät lääkeluettelot ja niiden puute ovat yhteydessä lääkehoidon omatoimiseen toteutumiseen, mutta tätä en voinut näyttää toteen omassa tutkimuksessani.

Merirannan (2009) tutkimuksen mukaa lääkäreiden ja potilaiden käsitykset lääkehoidosta eroavat toisistaan eikä hoidon tavoitteita välttämättä sovita. Tutkimuksessani ei selvitetty millaista tietoa kyselyyn vastanneet olivat lääkityksestään saaneet, vaan, sitä, mistä he mielestään olivat sitä parhaiten saaneet. Suurin osa tähän kyselyyn vastanneista kertoi saaneensa tietoa lääkityksestään parhaiten lääkäriltä. Muut ilmoittivat saaneen parhaan tiedon lääkityksestään terveydenhuollon ammattilaiselta,

apteekista tai lääkepakkauksen pakkausselosteesta. Yksi kyselyyn vastannut kertoi saaneensa parhaan tiedon internetistä.

6.3 Johtopäätökset ja jatkotutkimushaasteet

Lääkehoidon toteutumista arvioitiin tutkimuksessani kyselyyn vastanneiden subjektiivisen kokemuksen pohjalta. Tutkimustuloksen perusteella kyselyyn vastanneet olivat hyvinkin tietoisia omasta lääkityksestään ja siitä, miten he lääkehoitoaan toteuttavat. Tarve tämän tutkimuksen tekemiseen nousi alun perin siitä ennakkokäsityksestä, etteivät pitkäaikaissairaat tiedä omaa lääkitystään. Tämän tutkimuksen positiivisen tuloksen syynä voi olla, että kyseiset vastaajat olivat saaneet tietoa omasta lääkehoidostaan käydessään terveydenhuollon ammattilaisen kanssa läpi täytettävää lääkelistaa. Toisena syynä voi olla, että suurella osalla kyselyyn vastanneista oli suhteellisen vähän lääkkeitä päivittäisessä käytössään.

Sairaalan kutsukirjeen mukana saadun lääkelistan täyttäneet pitivät sitä hyvänä apuvälineenä lääkeshoidon toteutuksessa ja terveydenhuollossa asioidessaan. Se toimii muistin tukena ja apuvälineenä lääkedosettia täytettäessä. Ne vastaajat, jotka eivät tulevaisuudessa aio käyttää lääkelistaa, perustelivat asiaa sillä, että heillä on niin vähän lääkkeitä, etteivät he tarvitse lääkelistaa ja, että he muistavat lääkityksensä ilman lääkelistaa. Päivittäisessä käytössä lääkelistan tulisi olla käytännöllisempi, mielellään lompakkoon mahtuva ja kestävä materiaalia. Lääkelistan käyttöön suhtaudutaan pääsääntöisesti positiivisesti. Suurimpana haasteena on päivitetyn lääkelistan saaminen kaikille lääkkeitä säännöllisesti käyttävälle pitkäaikaissairaalle.

Tutkimustulosten myötä kävi ilmi, että jatkossa kannattaisi kiinnittää huomiota systemaattisen lääkeshoidon informaation antamiseen niin, että vastaanottava henkilö ymmärtää saamansa informaation sisällön. Tämä parantaisi lääkeshoidon omahoitoa ja lisäisi pitkäaikaissairaiden motivaatiota toteuttaa omaa lääkehoitoansa yhdessä hoitohenkilökunnan kanssa laaditun hoitosuunnitelman mukaisesti. Nykytilanteessa ryhtyisin kehittämään omahoitoa laajemmassa mittakaavassa, kun sitä tänäpäivänä organisaatiossamme toteutetaan. Jatkotutkimuksena voisi selvittää, mistä potilaiden ja hoitohenkilökunnan eri käsitys lääkeshoidon toteutumisesta johtuu.

Jatkotutkimushaasteeksi nostaisin myös päivitettyjen lääkelistojen saamisen kaikille lääkkeitä säännöllisesti käyttäville terveydenhuollossa asioiville asiakkaille. Tätä voisi lähteä tutkimaan siltä pohjalta, onko eReseptien käyttöönotolla ollut vaikutusta Effican lääkelistojen päivityksiin.

LÄHTEET

Alanen, H-M. & Leinonen, E. 2012. Psykoosilääkkeitten käyttöä muistisairauspotilaiden hoidossa tulee harkita kriittisesti. Lääkärilehti 6/2012

Diabetesliitto 2010. Diabeteksen ehkäisyn ja hoidon kehittämisohjelma 2000 – 2010. Tavoitteet ja yhteistyö [viitattu 25.10.2010]. Saatavilla [www-muodossa: <URL:http://www.diabetes.fi/diabetesliitto/dehko/dehkon_tavoitteet>](http://www.diabetes.fi/diabetesliitto/dehko/dehkon_tavoitteet) Luettu 10.2.2012

Dillström, J. 2007. Sairaanhoidajien tiedot ja taidot näyttöön perustuvassa lääkehoidossa kirurgian ja sisätautien vuodeosastoilla. Kuopion yliopisto. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Hoitotieteen laitos, pro gradu -tutkielma. Luettu 19.10.2011.

Enlund, H., Kastarinen, H. & Hämeen-Anttila, K. 2013. Potilas päättää lääkkeen otosta Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim 2013;129(6):659-65.

Forssas, E., Sund, R., Manderbacka, K., Vehko, T., Arffman, M., Ilanne-Parikka, P. & Keskimäki, I. 2011. Sepelvaltimotaudin riskitekijöiden lääkehoito on tehostunut diabeetikoilla. Suomen lääkäri 47/2011, 3569-3575.

Heikkilä, T. 2004. Tilastollinen tutkimus. Edita Prima Oy, Helsinki.

Heikkilä, T. 2008. Tilastollinen tutkimus. 7. uudistettu painos. Helsinki: Edita Prima Oy.

Hirsijärvi, Sirkka, Remes, Pirkko & Sajavaara, Paula. 2000. Tutki ja kirjoita. 6. Painos. Gummerus Kirjapaini Oy, Jyväskylä.

Jalonen, J. 2006. Näyttöön perustuvasta lääketieteestä. Finnanest 2006, 39 (3). Luettu 4.11.2012

Kanste, O., Timonen, O., Ylitalo, K. & Kyngäs, H. 2009. Hoitajajohtoinen toimintamalli pitkäaikaissairaiden palveluohjauksessa Englantilaisen community matron -mallin kuvaus. Artikkel. Hallinnon tutkimus 2. 65-75.

Kallio, T. 2006. Laadullinen review-tutkimus metodina ja yhteiskunnallinen lähestymistapa. Hallinnon tutkimus 25: 2, 18–28.

Kuula, A., 2006. Tutkimusetiikka- aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys. Vastapaino. Gummerus. Jyväskylä.

Lumme-Sandt, K. 2002. Ikäihmiset ja lääkkeitten käytön moninaiset maailmat. Tampereen yliopisto. Terveystieteen laitos. Akateeminen väitöskirja

Lääkeasetus nro 693/1987. 24.7.1987. Saatavilla [www-muodossa: www.finlex.fi](http://www.finlex.fi) Luettu 20.11.2012

Läkelaki nro 395/1987. 10.4.1987. Saatavilla [www-muodossa: www.finlex.fi](http://www.finlex.fi) Luettu 20.11.2012

Lääkepolitiikka, 2020. Kohti tehokasta, turvallista, tarkoituksenmukaista ja taloudellista lääkkeiden käyttöä. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2011:2. www.stm.fi/julkaisut

Lääketietokeskus. Lääkekortti.fi. www.laaketietokeskus.fi. Luettu 10.4.13

Meriranta, P. 2009. Kohonneen verenpaineen hoito Hyvää hoitoa etsimässä. Väitöskirja. Kuopion yliopisto

Myllymäki, E. 2007. Alkoholin ja unilääkkeitten yhteys kaatumisiin 63–76-vuotiailla naisilla. Gerontologia ja kansanterveys. Jyväskylän yliopisto, liikunta ja terveystieteiden tiedekunta, terveystieteiden laitos.

Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. 1998. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Juva. WSOY.

[redacted] sosiaali- ja terveysvirasto. 2010 Potku-hanke. Hankesuunnitelma, osahankkeet. [https://www.\[redacted\]](https://www.[redacted]) Luettu 1.2.2012.

Pitkälä, K. & Savikko, N. 2007. Potilaiden sitoutuminen hoitoonsa. Duodecim 2007;123:501–2

Petticrew, M. 2001. Systematic Reviews from Astronomy to Zoology: Myths and Misconceptions. British Medical Journal 322: 7278, 98–101.

POTKU -hanke. Potilas kuljettajan paikalle. Väli-Suomen Kaste-hanke 2010 – 2012. Terveysyhtymämalli. <http://www.potkuhanke.fi/fi/terveysyhyty> Luettu 27.3.2013

Risikko, P. 2010. Terveysyhtymän tuottamien terveyskeskusten päätehtävä. So-siaali- ja terveysministeriö. <http://www.stm.fi/tiedotteet/tiedote/view/1480786> Luettu 1.4.2013

Routasalo, P., Airaskainen, M., Mäntyranta, T. & Pitkälä, K. 2010. Pitkäaikaissairaalan omahoidon opastus. Department of General Practice and Primary Health Care University of Helsinki. Suomen Lääkärilehti 21/2010 vsk 65 1923, 1917-1923.

Routasalo, P., Airaskainen, M., Mäntyranta, T. & Pitkälä, K. 2009. Potilaan omahoidon tukeminen. Duodecim 2009;125:2351–9

Routasalo, P. & Pitkälä, K. 2009. Omahoidon tukeminen. Opas terveydenhuollon ammattihenkilöille. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Helsinki. http://www.potkuhanke.fi/fi/dokumentit-ja-materiaalit/doc_download/13-bomahoidon-tukemisen-opas.

Saarelma, O.; Lommi, M-L.; Hemminki, A.; Leppäkoski, A-M. & Siefen, L. 2008. Toimiva hoitomalli pitkäaikaissairaiden hoitoon. Suomen Lääkärilehti 50, 4441-4448

Sariola, S. 2010. ”Lääkejakelu – Älä häiritse”, varoittaa keltainen huomionauha hoitajan yllä Vaasan keskussairaalassa. Se on yksi tapa parantaa potilasturvallisuutta. Suomen Lääkärilehti 12/2010 vsk 65, 1140-1141

Savikko, N. & Pitkälä, K. 2006. Hoitoon sitoutumisen merkitys ja haasteet. TABU, nro 5/2006. 15–23.

Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma KASTE 2012–2015. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2012:1. www.stm.fi/julkaisut

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2005. Turvallinen lääkehoito, valtakunnallinen opas lääkehoidon toteuttamisesta sosiaali- ja terveydenhuollossa. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2005:32. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. Luettu 2.2.2012

STM:n julkaisuja 2008:3. Edistämme potilasturvallisuutta yhdessä. Suomalainen potilasturvallisuusstrategia 2009–2013. Yliopistopaino. Helsinki. Luettu 11.10.2012

STM. Terveys 2015-kansanterveysohjelmaesitteitä 2001:8, Sosiaali- ja terveysministeriö. Luettu 2012. Internet: www.terveys2015.fi Luettu 11.10.2012.

STM. 2006. Turvallinen lääkehoito. Valtakunnallinen opas lääkehoidon toteuttamisesta sosiaali- ja terveydenhuollossa. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2005:32 Luettu 2012

Sung Y. Chae, MD, Mark H. Chae, PhD, Isaacson, N. Tarika S. & James, MD 2009. The Patient Medication List: Can We Get Patients More Involved in Their Medical Care?

Taanila, A. 2009. SPSS opas. www.valt.helsinki.fi/atk/stat/opas/3.htm Luettu 11.10.2012.

Takala, A. 2009. SPSS opas. www.haaga-helia.fi/~taaak/k/spss.pdf. Luettu 10.2.2012

Talaslahti, T., Alanen, H-M. & Leinonen, E. 2012. Miten hoidan vanhusten unettomuutta? Lääkärilehti 3/2012, 151-155.

Tuomi, J. 2007. Tutki ja lue: johdatus tieteellisen tekstin ymmärtämiseen. Helsinki: Tammi. Luettu 2012.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2006. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Veräjänkorva, O. 2003. Sairaanhoitajien lääkehoitotaidot. Lääkehoitotaitojen arviointimittarin ja täydennyskoulutusmallin kehittäminen. Turun yliopiston julkaisuja. Hoitotieteen laitos. Väitöskirja. Turku: Painosalama Oy.

Veräjänkorva, O., Huupponen, R., Huupponen, U., Kaukkila, H. & Torniainen, K. 2006. Lääkehoito hoitotyössä. WSOY Oppimateriaalit Oy. Helsinki.

Vilkka, H. 2005. Tutki ja kehitä. 1.-2. painos. Vaajakoski: Gummerus Kirjapaino Oy.

Vilkka, H. 2007. Tutki ja mittaa. Määrällisen tutkimukset perusteet. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Wagner, EH.; Davis, C.; Schaefer, J.; Von Korff, M. & Austin, B. 1999. A Survey of Leading Chronic Disease Management Programs: Are They Consistent with the Literature? *Managed Care Quarterly*, 7, 56-66.

LIITTEET

Liite 1. Täytettävä lääkelista

LIITE 1

**MEDICINLISTA / LÄÄKELISTA**

Dat./Pvm _____

Namn/Nimi _____

Födelsetid/Syntymäaika _____

Fyll i vilka mediciner ni använder regelbundet eller tillfälligt. (Även värkmediciner och naturpreparat)
 Kirjoita mitä lääkkeitä käytätte jatkuvasti tai tarvittaessa. (Myös särkylääkkeet ja luontaistuotteet)

Medicin, styrka Lääke, vahvuus	Dosering Annostus	Kl. Klo	Kl. Klo	Kl. Klo	Kl. Klo

14.4.2011 I:\Kvalitetshandbok\Vårdblanketter\Social- och hälsovård\Patientmedicinlista 2011.odt

Ta alltid listan med när du besöker hälsovården

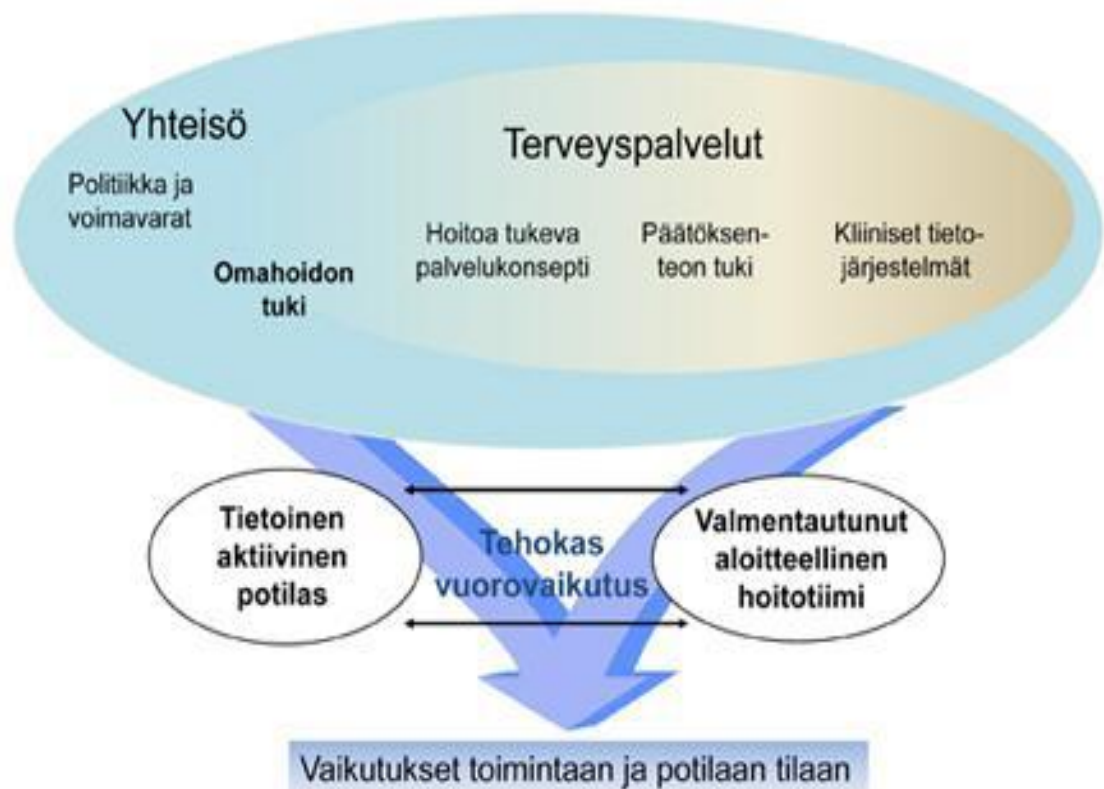
Ota aina lista mukaan asioidessasi terveydenhuollossa

Alternativt kan du fylla i medicinlista på nätet www.laakekortti.fiVaihtoehtoisesti voit täyttää lääkelistan myös netissä www.laakekortti.fi

Liite 2. Alkuperäinen Wagnerin kaavio pitkäaikaissairauksien hoidon rakenteesta

LIITE 2

Pitkäaikaissairauksien hoidon rakenne



Liite 3. Kirjallisuushaun taulukko

LIITE 3

TIETOKANTA	HAKUSANAT	OSUMAT	OTSIKON PERUSTEELLA VALITUT tutustuttu/luetut	KÄYTETYT
Medic	Lääkehoito	Rajaus v. 2000-2012 1923	25	Tutkimukset 4
Medic	Lääkelista	Rajaus 2000-2012 6	1	0
Medic	Lääke	Rajaus 2000-2012 1060	8	Tutkimus1
Cinahl	Drug therapy and medication	Rajaus 2000-2012 1091	7	0
Cinahl	Drug therapy	Rajaus 2000-2012 7609	12	0
PubMed	Medication Adherence	Rajaus Full text 2482	9	Tutkimus 1
Arto	Lääkehoito	Rajaus 2000-2012, vain suomenkieliset. osumia 12	3	0
Google scholar	Lääkehoito	Rajaus 2000-2012 osumia 115	17	0
Medic	Lääkitys	Rajaus 2000-2012 osumia 779	5	0
Medic	Kemoterapia	Rajaus 2000-2012 osumia 1	1	0
Medic	Lääkehoidon hallinta	Rajaus 2000-2012 osumia 173	11	Tutkimus1

Liite 4. Kirjallisuuskatsauksen artikkelitaulukko 1/3

LIITE 4: 1-3

Tekijä(t), julkaisuvuosi, teoksen nimi ja missä tehty	Tutkimuksen tarkoitus	Metodologia, Aineiston keruu, analysointi ja näytön aste	Otanta/ Kohderyhmä Avainsanat	Keskeiset tulokset
Meriranta, Päivi 2009 Kohonneen verenpaineen hoito Hyvää hoitoa etsimässä Kuopion yliopisto	Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli tarkastella konkordanssin näkymistä terveyskes- kusten verenpaine- potilaiden hoidossa. Tutkimukses- sa kartoitettiin verenpaineen hoitoon liittyvän tiedon siirtymistä lääkäriltä potilaille. Lisäksi selvitettiin verenpainepot- ilaan, hänen puolisonsa ja hoitavan lääkärin verenpaineen hoitoon liittyviä käsityksiä ja asenteita sekä hyvään hoitotulokseen liittyviä tekijöitä.	Kvantita- tiivinen tutkimus tehtiin strukturoidulla kyselylo- makkeella. Tilastolliset analyysit tehtiin SPSS 11.5–14.0 Windows - ohjelmilla. Tulosten käsittelyssä käytettiin luokiteltujen muuttujien riippuvuuksie- n tarkasteluun ristiin taulukointia. Näytön aste taso B1	130 verenpaine- potilasta ja 168 terveyskes- kuslääkärinä verenpaine; hypertensio; hoito; lääkehoito; tiedonsiirto; hoitosuhde; hoitotasapai- no; kumppanuus ; käsitykset; asenteet; elinlaatu; potilaat; omaiset; terveyskesku- slääkärit; terveys- keskukset	Yhdeksän potilasta kymmenestä sai lääkäriltä tietoa elintapamuutosten tarpeesta ja he olivat myös toteuttaneet muutoksia ruokavaliossaan. Noin puolet potilaista oli lisännyt liikuntaa ja ilmoitti myös laihduaneensa Mahdolliset lääkehaitat jäivät usein keskustelematta yli 75 v potilaiden kanssa. Lääkärin ja potilaiden käsitykset kohonneen verenpaineen hoidosta eroavat vielä toisistaan eikä säännönmukaisesti sovita hoitotavoitteesta.

<p>Kirsi Lumme-Sandt 2002 Ikäihmiset ja lääkkeitten käytön moninaiset maailmat. Akateeminen väitöskirja Tampereen yliopisto.</p>	<p>Tutkimuksen tavoitteena oli saada lisää tietoa itsenäisesti asuvien yli 65 vuotiaiden lääkkeitten käyttöön liittyvistä seikoista. Tavoitteena oli selvittää millaisina lääkkeitten käyttäjinä ikäihmiset nähdään ja millaisia ovat heidän omat käsityksensä lääkkeistä ja lääkkeitten käytöstä. Tavoitteena oli selvittää lääkkeitten käyttöön liittyviä logiikoita ja maallikkokäsitteitä.</p>	<p>Tutkimus oli kvalitatiivinen ja tehtiin elämänkerta-haastatteluna. Haastattelut analysoitiin sisällön analyysillä. Näytön aste taso B</p>	<p>Kohderyhmä 151 90 vuotta täyttäneitä ja 34 65-85 täyttäneitä itsenäisesti asuvaa ikäihmistä. Avainsanat: itsehoito, resepti, potilas, lääkäri, terveys, sairaus, lääkkeet.</p>	<p>Tämän tutkimuksen itsenäisesti asuvat ikäihmiset rakensivat puheissaan itseään aktiivisina, omien asioidensa asiantuntijoina ja niistä päättävinä lääkkeitten käyttäjinä.</p>
<p>Eija Myllymäki 2007 Alkoholin ja unilääkkeitten yhteys kaatumisiin 63–76-vuotiailla naisilla Gerontologia ja kansanterveys Jyväskylän yliopisto,</p>	<p>Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää, onko alkoholin ja unilääkkeitten käytöllä yhteyttä kaatumisiin 63-76-vuotiailla naisilla.</p>	<p>Kvantitatiivinen. Tutkimusaineisto kerättiin strukturoidun kyselylomakkeen avulla. Tuloksia selvitettiin ristiintaulukoinnin ja monimuuttujaisen logistisen regressio-</p>	<p>Kohderyhmä nä oli 63-76-vuotiaat naiset. Tutkimukseen osallistui 426 naista.</p>	<p>Tämän tutkimuksen tulokset osoittivat, että alkoholin ja unilääkkeitten käyttö oli vähäistä eikä niiden avulla pystytty ennustamaan kaatumisia tässä väestöpohjaisessa suurehkossa aineistossa.</p>

liikunta ja terveystieteiden tiedekunta, terveystieteiden laitos		analyysin avulla. Tutkimus oli osa Finnish Twin Study on Aging (FITSA)–projektia. Näytön aste taso B		
Sung Y. Chae, MD, Mark H. Chae, PhD, Isaacson, N. and Tarika S. & James, MD. 2009 The Patient Medication List: Can We Get Patients More Involved in Their Medical Care?	Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää voisivatko potilaat osallistua omaan lääkehoitoonsa enemmän.	Tutkimus oli kvalitatiivinen ja tehtiin haastattelemalla tutkimukseen osallistuvat. Näytön aste taso C	Yli 40-vuotiaat avohoito-potilaat joita tutkimukseen osallistui 104.	Tutkimuksen päätelmänä todettiin, että merkittävä määrä potilaista oli halukkaita käyttämään lääkekorttia. Lääkekortin käyttö myös lisäsi käyttäjien tietomäärää omasta lääkeshoidostaan
Erja Forssas, Reijo Sund, Kristiina Manderbacka, Tuulikki Vehko, Martti Arffman, Pirjo Ilanne-Parikka & Ilmo Keskimäki Suomen lääkäri-lehti 47/2011 Sepelvaltimotautien riskitekijöiden lääkehoito on tehostunut diabeetikoilla	Tässä tutkimuksessa tarkasteltiin, miten valtimotautien vaaratekijöiden lääkehoito toteutui diabetesta sairastavilla sepelvaltimotautien primaari- ja sekundaari-preventiossa vuosina 1997–2007.	Tutkimuksessa käytettiin valtakunnallista rekistereistä koottua FinDM II –aineistoa. Tätä aineistoa analysoitiin. Näytön aste on taso D	.35 vuotta täyttäneet diabeetikot, jotka olivat rekisteritietojen perusteella sairastuneet diabetekseen tarkastelua edeltävän vuoden loppuun mennessä ja jotka eivät olleet tarkasteluvuonna pitkäaikaisessa laitoshoidossa.	Diabeetikkojen määrä oli kasvanut tarkastelujakson alusta 65 %. Lipidilääkkeiden käyttö oli moninkertaistunut. Sepelvaltimotautia sairastavista diabeetikoista 88 % käytti vähintään yhtä verenpainelääkettä vuonna 1997 ja noin 96 % vuonna 2007. Vähintään kahta eri lääkeriuhmän verenpainelääkettä käytti vuonna 1997 noin 41 % ja vuonna 2007 noin 70 % diabeetikoista.

Liite 5. Kirjallisuuskatsauksen artikkelitauluko

LIITE 5

Tekijä ja aihe	Metodologia	Kohde-ryhmä	Päätelmät
<p>Talaslahti, Alanen, & Leinonen, 2012. Miten hoidan vanhusten unettomuutta? Lääkärilehti 3/2012</p> <p>Katsauksessa mietitään vanhenevan ihmisen unen rakenteen muuttumista ja siihen vaikuttavia tekijöitä. Katsaus käy läpi unettomuuden laatua ja sen syitä.</p>	<p>Systemaattinen kirjallisuuskatsaus. Näytön aste on tasoa A</p>	<p>Kohde-ryhmänä on yli 65-vuotiaat.</p>	<p>Vanhusten unettomuuden syiden selvittäminen vaatii kärsivällisyyttä ja hoito pitää räätälöidä yksilöllisesti. Yli 65-vuotiaiden unettomuus kroonistuu helposti. Pitkäaikainen unettomuus voi aiheuttaa psykiatrisia oireita ja vaikeuttaa fyysisiä sairauksia. Se saattaa pahimmillaan johtaa toimintakyvyn huomattavaan heikkenemiseen ja laitoshoitoon.</p>
<p>Alasen & Leinosen Psykoosilääkkeiden käyttöä muistisairauspotilaiden hoidossa tulee harkita kriittisesti. Lääkärilehti 6/2012</p> <p>Käyttöoireiden hoidon perustana tulisi olla asianmukainen muistisairauden diagnostiikka ja lääkehoito. Psyykenlääkkeitä tulisi käyttää käyttöoireiden hoidossa vain silloin, kun lääkkeettömät hoidot todetaan tehottomiksi</p>	<p>Systemaattinen kirjallisuuskatsaus. Näytön aste on tasoa B</p>	<p>Yli 65-vuotiaat muistisairaat potilaat.</p>	<p>Psykoosilääkkeiden käyttöön tulee suhtautua kriittisesti ja jokaisen potilaan kohdalla on tehtävä yksilöllisesti hyötyhaittanalyysi, jossa punnitaan käyttöoireiden haittaavuus, vakavuus ja lääkehoidon riskit.</p>

Liite 6. Saatekirje ja kyselylomake 1/5

LIITE 6: 1 (5)

Arvoisa vastaanottaja / Ärande mottagare

Saatekirje / Följebre 11.1.2013

Työskentelen sairaanhoitajana [REDACTED] sosiaali- ja terveysvirastossa yleislääketieteen osastolla 6. Opiskelen tällä hetkellä Kliinisen asiantuntijan ylempää AMK -tutkintoa Tampereen ammattikorkeakoulussa. Tämän opinnäytetyön aiheen olen saanut tilaustyönä [REDACTED] sosiaali- ja terveysviraston potku-kehittämishankkeen ja sisätautipoliklinikan toimesta. Kyselyyn on valittu sattumanvaraisesti vastaajia, joille on viime keväänä sairaalan kutsukirjeen mukana lähetetty täytettävä lääkelista. Pyydän Teitä ystävällisesti osallistumaan tähän kyselyyn, jonka tarkoituksena on kartoittaa lääkehoidon omatoimista toteutumista vastaamalla oheiseen kyselylomakkeeseen. Osallistumisenne tähän kyselyyn on täysin vapaaehtoista ja siihen vastaaminen vie vain muutaman minuutin aikaanne. Täytetyn kyselylomakkeen voitte palauttaa oheisessa palautuskuoressa, jonka postimaksu on maksettu. Jos osallistutte tutkimukseen pyydän Teitä palauttamaan vastauskuoren 5. helmikuun 2013 mennessä.

Kyselystä saatua aineistoa käytetään ainoastaan tämän tutkimuksen tekemiseen ja hävitetään asianmukaisesti opinnäytetyön valmistuttua. Opinnäytetyön tulokset käsitellään luottamuksellisesti nimettöminä eikä yksittäistä vastaajaa pysty lopullisesta raportista tunnistamaan. Opinnäytetyöni valmistuttua se tullaan julkaisemaan Internetissä osoitteessa www.theseus.fi.

Jag arbetar som sjukskötare på social- och häsovårdsverket i [REDACTED] på den allmänmedicinska avdelningen 6. Nu studerar jag Högre YH-examen vid Tammerfors finska yrkeshögskola som leder till klinisk specialistsjukskötare. Detta lärdomsprov har jag fått som beställningsarbete från [REDACTED] social- och hälsovårdsverk via utvecklingsprojektet potku och indremedicinska polikliniken. Mottagare för denna undersökning har blivit slumpmässigt valda blad dem som i våras har fått en ifyllbar medicinlista med sitt kallelsebrev till sjukhuset. Ber Er vänligen att delta i denna undersökning vars syfte är att kartlägga hur användningen av mediciner behärskas, med att besvara det bifogade frågeformuläret Ni fått per post. Det är helt frivilligt att delta i denna undersökning och det tar endast några minuter att besvara detta frågeformulär. Frågeformuläret kan postas i svarskuvertet som medföljer brevet. Portot är färdigt betalt. Om Ni deltar i denna undersökning ber ja Er retunera svarskuvertet senast den 5 februari 2013. Materialet av frågeformulären används enbart för denna undersökning och efter att lärdomsprovet blir färdigt förstörs materialet på ett behörigt sätt. Resultaten

av lärdomsprovet behandlas konfidentiellt och anonymt så att man inte kan känna igen enskilda svar i slutrapporten. Då mitt lärdomsprov blir färdigt kommer det att publiceras (på finska) på internet på adressen www.theseus.fi.

Mikäli Teillä on kysyttävää tai haluatte lisätietoja opinnäytetyöstäni, vastaan mielelläni kysymyksiinne.

Ifall Ni har frågor eller behöver tillägsinformation om mitt yrkesprov svarar jag gärna på Era frågor.

Erja Liljekvist

Ylemmän AMK -tutkinnon opiskelija / Högre YH-examens studerande

Tampereen ammattikorkeakoulu

[erja.liljekvist@\[REDACTED\]](mailto:erja.liljekvist@[REDACTED]) [erja.liljekvist@\[REDACTED\]](mailto:erja.liljekvist@[REDACTED])

Puh. työhön osasto 6 / Tel. till arbetet avd 6 [REDACTED] (jatkuu)

2 (5)

Ympyröikää valitsemanne vastaus tai kirjoittakaa vastauksenne sille annetuille riveille.
Ringa in rätt allternativ eller skriv svaren på de tomma raderna.

1. Ikä (vuosina): _____ Ålde (i år): _____

2. Sukupuoli /Kön:

1) Mies / Man 2) Nainen / Kvinna

3. Mistä saitte täytettävän lääkelistan? Varifrån fick Ni den ifyllbara medicinlistan?

4. Mikä on perussairautenne? Vad har Ni för grundsjukdom?

5. Kuinka monta lääkettä Teillä on säännöllisesti
käytössä?_____

Hur många mediciner använder Ni

regelbundet?_____

6. Tiedätkö säännöllisesti käyttämienne lääkkeitten nimet?

Vet Ni vad dessa mediciner, som Ni använder, heter?

1) Kyllä / Ja

2) Osittain / Ja, delvis

3) En / Nej

7. Tiedätkö säännöllisesti käyttämienne lääkkeitten vahvuudet?

Känner Ni styrkan av de mediciner som Ni använder regelbundet?

1) Kyllä / Ja

2) Osittain / Ja, delvis

3) En / Nej

8. Tiedätkö säännöllisesti käyttämienne lääkkeitten annostuksen?

Känner Ni till doseringen av de mediciner, som Ni använder regelbundet ?

1) Kyllä / Ja

2) Osittain / Ja, delvis

3) En / Nej

(jatkuu)

3 (5)

9. Tiedättekö, minkä oireen tai sairauden hoitoon lääkkeenne on tarkoitettu?

Vet Ni mot vilket symptom eller mot vilken sjukdom Era mediciner är?

- 1) Kyllä / Ja
- 2) Osittain / Ja, delvis
- 3) En / Nej

10. Tiedättekö lääkkeittenne sivuvaikutukset?

Känner Ni till vilka biverkningar Era mediciner har?

- 1) Kyllä / Ja
- 2) Osittain / Ja, delvis
- 3) En / Nej

11. Otatteko lääkkeet annetun ohjeen mukaisesti?

Tar Ni mediciner alltid enligt ordination?

- 1) Kyllä aina / Ja, alltid
- 2) Osittain / Ja, delvis
- 3) En/Ei / Nej

Jos vastasitte ei tai osittain, kertoisitteko miksi. / Om Ni savarede nej, så varför inte.

12. Onko teillä käytössä lääkedosetti? Använder Ni medicindosett?

- 1) Kyllä / Ja
- 2) Ei / Nej

Jos vastasitte ei, kertoisitteko miten annostelette lääkkeenne.

Om Ni svarade nej, kan ni berätta hur Ni doserar era mediciner.

13. Onko teillä käytössänne lääkelista?

Har Ni redan haft ett medicinkort eller en medicinlista som Ni har använt?

- 1) Kyllä / Ja
- 2) Ei / Nej

14. Jos on, pidättekö lääkelistaa mukanaan?

(jatkuu)

4 (5)

Om Ni har haft en medicinlista i bruk, har Ni den med Er?

1) Kyllä, aina / Ja alltid

2) Kyllä, joskus (esim. lääkäri- tai apteekkikäynnillä, matkoilla)

Ja, ibland (t.ex. vid apoteksbesök eller på läkarmottagningen eller på resor)

3) Ei / Nej

Jos vastasitte ei, kertoisitteko miksi. / Om Ni svarade nej, kan Ni berätta varför.

15. Mistä olette saaneet **parhaiten tietoa lääkityksestänne? **Valitkaa yksi vaihtoehto:****

Var har Ni fått **mest** information aom medicineringsen? **Välj ett alternativ:**

1) lääkäriltä / hos läkaren

2) terveydenhuollon henkilöltä esim. sairaanhoitajalta /

hos sjukskötaren eller en annan medlem av hälsovårdspersonalen

3) apteekista / på apoteket

4) lääkepakkauksen tiedotteesta / från informationsbladet i medicinförpackningen
(bipacksedeln)

5) internetistä / på Internet

6) lehdistä, radiosta tai televisiosta / från tidningar, radio eller tv

7) tuttavalta tai omaiselta (mieheltä/vaimolta/lapselta) / från bekanta eller anhöriga
(man/fru/barn)

8) jostain muualta,

mistä:_____

någon annanstans,

varifrån:_____

16. Oletteko saanut päivitetyn lääkelistan mukaanne:

Har Ni fått en uppdaterad medicinlista med Er:

1) lääkärin vastaanotolta / från läkaren efter besöket på mottagningen

2) sairaalasta / från sjukhuset

3) poliklinikalta / från polikliniken

4) hoitolaitoksesta kotiutuessanne / från någon annan vårdanstalt

5) en ole saanut päivitettyä lääkelistaa mistään edellä mainituista paikoista /

jag har inte fått en uppdaterad medicinlista från de anvisade alternativen

(jatkuu)

5 (5)

17. Täyttittekö kutsukirjeen mukana saamanne lääkelistan?

Fyllde Ni i medicinlistan Ni fick med kallelsesbrevet?

1) Kyllä / Ja

2) En/Ei / Nej

Jos vastasitte ei kertoisitteko miksi ei. / Om Ni svarade nej kan Ni vänligen berätta
farför inte.

18. Jos täyttite lääkelistan oliko se

Om Ni fyllde i Medicinlistan, kan Ni säga hur det var att fylla i den?

1) Helppoa / Lätt

2) Melko helppoa / Ganska lätt

3) Vaikeaa / Svårt

4) Erittäin vaikeaa / Ytterst svårt

5) En osaa sanoa / Kan ej säga

19. Millaista hyötyä lääkelistasta Teille on?

Vad har Ni för nytta av att använda en medicinlista?

20. Tuletteko tulevaisuudessa käyttämään lääkelistaa lääkeshoidon tukena?

Kommer Ni att använda medicinlistan i framtiden?

1) Kyllä / Ja

2) Ei / Nej

Jos vastasitte ei, kertoisitteko miksi. / Om Ni svarade nej, kan ni vänligen berätta varför
inte.

KIITOS AJASTANNE JA VASTAUKSISTANNE!

TACK FÖR ATT NI TOG ER TID ATT SVARA PÅ FRÅGORNA!